

UNIVERSIDAD DE PANAMA

VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

***“TERAPIA DE GRUPO ORIENTADA COGNITIVA–
CONDUCTUALMENTE, SOBRE LA ANSIEDAD-ESTADO DE DOCENTES
DE LA REGION DE PANAMA OESTE, 2018”***

Autora

DAMARIS JANETH SAMANIEGO QUINTERO

Trabajo de Graduacion para optar por el titulo
de Magister en Psicologia Clinica

PANAMA 2018

UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA

Facultad de	Psicologia
Numero deCodigo	
Nombre del Estudiante	Damaris Janeth Samaniego Quintero
Cedula	8-837-1327
Titulo al que aspira	Magister en Psicologia Clinica
Tema de tesis	1 Terapia de Grupo 2 Ansiedad-estado en docentes
Resumen ejecutivo	Estudio explicativo con diseño preexperimental con pretest postest y un solo grupo cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de un programa de intervencion grupal orientada cognitiva-conductualmente sobre los niveles de ansiedad-estado en docentes de escuelas oficiales de la region de Panama Oeste
Nombre del asesor	Dr Samuel Pinzon B
Firma del asesor	_____
Firma del Estudiante	_____
Aprobado por	_____
	Coordinador del programa

Director de Postgrado de la Vicerrectoria
de investigacion y Postgrado

Con la vinculacion se llega a la sanacion

D J S Q 2018

Dedico este estudio

A mi compañero en esta danza de la vida mi co constructor de sueños mi base segura Mi Esposo

A nuestra Luz Capuchina por reafirmarnos que todo es posible

A mis Padres por su amor incondicional, por su acompañamiento en cada etapa de mi vida

*A todos los docentes que, como luz en la oscuridad guían y acompañan con entrega a las nuevas
generaciones*

*A los estudiantes de psicología que con entusiasmo e ideales altruistas se adentran en el
conocimiento del complejo mundo interno*

Agradecimientos

Deseo agradecer a Dios por los dones que me ha regalado para que pueda ponerlos siempre al servicio de los demás y sean fructíferos a la Virgen María por ser la mejor guía y compañía y sostén en los momentos de pruebas a ambos por siempre permitirme sentir su presencia

A mi Esposo, por su amor incondicional, aliento apoyo y contención. A mis Padres por su ejemplo escucha confianza y motivación A mis Hermanos por su compañía a mi Abuela por su presencia amorosa A mis queridas amigas y colegas Ale Mine y Yaní por su amor, empatía ánimo y apoyo A todos mis familiares y amigos que contribuyeron a este logro por medio del hermoso poder de la oración

Con mucho aprecio al Dr Samuel Pinzon Bonilla asesor de este estudio por sus orientaciones su empatía y contención en los momentos cruciales del proceso ¡gracias por ser una fuente de seguridad! A la Dra Oris Gisela Rovetto por su empatía, aliento orientación y ayuda desinteresada Al Mgtr Ricardo Lopez por su disposición y orientación

A mis amigos Ma del Rocío Sánchez y Otniel Vázquez por su tiempo y cooperación. A la Dra Elsie de Diz por su orientación clínica y palabras de aliento Con cariño a mi prima Belkys Quintero por facilitarme el reclutamiento de la muestra y a mi tía Cristina Samaniego, por la corrección de estilo

A los Doctores J Ivan Guerrero Lissette Chang y Aurelio Nuñez y al Mgtr Gerardo Valderrama por sus orientaciones e interés durante el periodo de tesis

De manera muy especial a los docentes participantes del estudio, por su tiempo apertura motivación y compromiso para la consecución de los objetivos de esta investigación

A todos gracias porque son vínculos importantes en mi vida

INDICE GENERAL

Indice de Cuadros	VII
Indice de Graficas	VIII
Resumen	IX
Summary	X
Introduccion	XI
Capitulos	
Capitulo I <i>Fundamentos de la interaccion entre la ansiedad estado y la terapia de grupo</i>	
A Antecedentes	15
B Aproximacion al constructo ansiedad-estado	
a Definicion	20
b Dinamica de la respuesta ansiosa	23
C Aproximacion a la Terapia de Grupo	
a Fundamentacion	38
b Orientacion en este estudio	46
D Sintesis sobre la ansiedad-estado y la terapia de grupo	49
E Breve descripcion de la muestra	
a Desarrollo psicosocial	52
b Desarrollo cognoscitivo	53
c Generalidades de la labor docente	55
Capitulo II <i>Metodologia</i>	
A Planteamiento del Problema	59
a Objetivos Generales	59
b Objetivos Especificos	59
c Preguntas de Investigacion	60
d Hipotesis	61
B Diseño de Investigacion	61
C Tipo de Investigacion	62
D Definicion de las Variables	62

E Poblacion y Seleccion de la Muestra	64
F Tecnicas de Medicion	66
G Procedimiento	67
H Procedimientos para garantizar los aspectos eticos en esta investigacion	69
Capitulo III <i>Resultados de la investigacion</i>	
A Estadisticas Descriptivas	71
B Estadisticas Inferenciales	75
C Discusion de los resultados	76
Capitulo IV <i>Conclusiones</i>	85
Capitulo V <i>Recomendaciones</i>	88
Referencias Bibliograficas	89
Apendice	96

INDICE DE CUADROS

Cuadro N°1

Categorizacion de las manifestaciones de la ansiedad	35
--	----

Cuadro N°2

Aspectos descriptivos de la muestra	65
-------------------------------------	----

Cuadro N°3

Tabla de frecuencia de los puntajes correspondiente al nivel de ansiedad estado de una muestra de 12 docentes en el Pretest Pma Oeste 2018	71
--	----

Cuadro N°4

Significancia clinica de los puntajes T obtenidos en el Pretest Pma Oeste 2018	71
--	----

Cuadro N°5

Tabla de frecuencia de los puntajes correspondiente al nivel de ansiedad estado de una muestra de 12 docentes en el Postest Pma Oeste 2018	72
--	----

Cuadro N°6

Significancia clinica de los puntajes T obtenidos en el Postest Pma Oeste 2018	73
--	----

INDICE DE GRAFICAS

Grafica N° 1

Frecuencia de los puntajes T obtenidos por la muestra del estudio en el Pretest 72

Grafica N° 2

Frecuencia de los puntajes T obtenidos por la muestra del estudio en el Posttest 73

Grafica N° 3

Medias obtenidas por la muestra en el Pretest y en el Posttest 74

Grafica N° 4

Puntajes T obtenidos por cada sujeto en el Pretest y en el Posttest 74

Resumen

Estudio explicativo con diseño preexperimental con pretest posttest y un solo grupo cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de un programa de intervencion grupal orientada cognitiva-conductualmente sobre los niveles de ansiedad estado en docentes de escuelas oficiales que residen en la region de Panama Oeste

El muestreo no probabilistico fue realizado por conveniencia y de forma voluntaria la muestra estuvo conformada por doce (12) docentes (siete mujeres y cinco hombres) desde 30 hasta 56 años de edad con distintas especialidades a saber maestros de grado profesores de premedia y media y de asignaturas especiales (ingles musica informatica contabilidad y fisica) Se midio la ansiedad-estado a traves del Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado de Spielberger y se realizo una entrevista clinica a cada participante

Se efectuaron ocho (8) sesiones de terapia de grupo en donde ademas de la conceptualizacion y empleo de tecnicas cognitivas-conductuales se enfatizo en el poder de la vinculacion para superar dificultades y se integro con tecnicas ludicas Se analizaron los datos a traves de estadisticas descriptivas para plasmar como antes de la intervencion terapeutica los docentes obtuvieron una puntuacion T en el IDARE correspondiente a un nivel de ansiedad alto o muy alto y despues de la intervencion obtuvieron puntajes T correspondiente a un nivel de ansiedad muy bajo bajo o promedio

Desde las estadisticas inferenciales se utilizo la prueba de hipotesis t de Student (H_1 y H_0) para dos muestras dependientes obteniendose diferencias estadisticamente significativas ($p\text{ value}=0.00$) lo cual constata que el programa de terapia de grupo aplicado disminuyo el nivel de ansiedad-estado en los participantes

Summary

Explanatory study with pre experimental design with pretest posttest and one just group whose objective was to evaluate the effectiveness of a group intervention program with cognitive-behavioral orientation on levels anxiety-state in teachers of official schools who reside in the Western Panama region

Non probabilistic sampling was completed for convenience and voluntarily the sample consisted of twelve (12) teachers (seven women and five men) between 30 and 56 years of age with different specialties namely undergraduate teachers pre media and media teachers and special subjects (english music computer science accounting and physics) Anxiety-state was measured through the State-Trait- Anxiety Inventory by Spielberger and a clinical interview was completed for each participant

Eight (8) sessions of Group Therapy were carried out where in addition to the conceptualization and use of cognitive-behavioral techniques emphasis was placed on the power of bonding to overcome difficulties and was integrated with playful techniques The data were analyzed through descriptive and inferential statistics with the first ones it was shown how before the therapeutic intervention the teachers obtained a T score in the IDARE corresponding to a high or very high level of anxiety and after the intervention they obtained T scores corresponding to a very low anxiety level low or average

The hypothesis test used was t de Student (H_1 and H_0) for two dependent samples obtaining significant statistically differences (p value = 0.00) which confirms that the Group Therapy program applied decreased the level of anxiety state in participants

INTRODUCCION

El desarrollo psiquico de los individuos se va gestionando a partir de la constante interaccion con su ambiente social y fisico. En primera instancia con el medio social concreto: la familia, y posteriormente con la escuela. Debido a los desafios que enfrenta la familia hoy dia, los docentes juegan un papel aun mas predominante en el desarrollo de los niños y jovenes que tienen como alumnos, pues incluso pueden convertirse en una figura parental alterna, un modelo adaptado para seguir, en un agente de motivacion y superacion, en un guia, es decir, mucho mas que simplemente un instructor academico.

Por ello es fundamental que los docentes cuenten con un optimo bienestar emocional que cuiden su salud mental para poder entonces sumergirse favorablemente en la formacion de sus discentes. En muchas ocasiones, debido a temas de horario, exigencias laborales, pocos recursos, etc., los educadores se enfrentan a un continuo de tensiones que van mermando su salud emocional, al generarse, entre otras cosas, estados de ansiedad que a su vez limitan su buen desempeño (tanto academico como humano), repercutiendo asi, de forma negativa, en el desarrollo y adaptacion de sus alumnos y de su propia familia, y en la propension para desarrollar cuadros psicopatologicos como trastornos de ansiedad, del estado de animo, somaticos, del sueño-vigilia, de disfuncion sexual, etc., o problemas organicos como síndrome del intestino irritable, hipertension, enfermedad cerebro vascular, otros.

Es por eso que investigaciones de esta tematica cobran relevancia, pues permiten conocer directamente lo que viven los docentes en su profesion y proveerles de

herramientas para fortalecer sus recursos favoreciendo así un mejor manejo de la ansiedad [ya que se ha demostrado que la ansiedad-estado aumenta en respuesta a numerosos tipos de tensión y disminuye como resultado del entrenamiento (Spielberger 1975)] Esto fomentará un mejor nivel de organización y funcionamiento personal y afianzará su vocación para trabajar diariamente con motivación en pro de las necesidades de sus alumnos

La meta es poder brindar una alternativa terapéutica que sea rentable efectiva y práctica donde se pueda salir de los consultorios y ofrecer atención en los centros educativos y en otros ámbitos como en un centro de salud que forme parte de la política de estado para contribuir a la salud pública al fomentar la prevención de cuadros patológicos del docente y de los jóvenes en la etapa escolar en esta oportunidad De esta forma la psicología clínica verá realizada su actuación inherente en una esfera más amplia y desde los primeros niveles de intervención Se escogió una modalidad terapéutica grupal para realzar la importancia de la vinculación en el desarrollo psíquico y en la restauración de problemáticas de diversas índoles

Inferimos que en la medida en que cada docente se sienta mejor consigo mismo con mayor control de su vida manejando mejor las tensiones para evitar la instauración de un cuadro patológico su desempeño mejorará percibiendo mayor satisfacción profesional y personal Los alumnos a su cargo también tendrán una experiencia más positiva del proceso enseñanza/ aprendizaje sin contar las ganancias secundarias que obtendrá la familia del docente Así mismo esa nueva dinámica podrá influir en el sistema educativo y dentro de este en una mejor relación padres-docentes

Este trabajo esta dividido en 5 capitulos en el primero expondremos la fundamentacion teorica en que se sostiene el estudio en el capitulo segundo veremos la metodologia que se implemento para el logro de los objetivos en el capitulo tercero presentaremos analizaremos y discutiremos los resultados obtenidos en el trabajo de campo en el cuarto capitulo puntualizaremos las conclusiones derivadas de la investigacion y en el capitulo quinto las recomendaciones que sugerimos a los nuevos investigadores y a la poblacion en general incluidas las autoridades de nuestro pais

Ademas al final del trabajo plasmaremos las referencias bibliograficas que nos sirvieron de impulso para realizar este estudio y en la seccion de apendice el formato de consentimiento informado utilizado y la guia de las sesiones de terapia de grupo realizadas

Esperamos que este trabajo cumpla con los requisitos solicitados y sirva de inspiracion a los estudiantes de psicologia en aras de mas investigaciones y de una atencion sentida conectada y objetiva a sus futuros pacientes

Capítulo I

CAPITULO I

FUNDAMENTOS DE LA INTERACCION ENTRE LA ANSIEDAD ESTADO Y LA TERAPIA DE GRUPO '

A Antecedentes

Segun los datos recopilados de las consultas de salud mental en las instalaciones de atencion primaria del Ministerio de Salud durante los años 2011 y 2012 las principales causas de trastornos mentales y del comportamiento fueron los trastornos de ansiedad los trastornos afectivos los trastornos de conducta no especificado insomnio y los trastornos de desarrollo de habilidades escolares no especificado

Para el año 2012 se atendieron un total de 23 783 consultas lo que represento una tasa de 627 9 x 100 000 habitantes La mayoria de las consultas fueron dadas a usuarias del sexo femenino con un total de 14 024 consultas y 9 759 correspondieron al sexo masculino Los principales motivos de consulta fueron trastorno de ansiedad no especificado (tasa 142 90) episodio depresivo no especificado (tasa 58 30) trastorno de ansiedad generalizado (tasa 28 60) trastorno de la conducta no especificado (tasa 23 70) esquizofrenia no especificada (tasa 20 60) insomnio no organico (tasa 15 70) trastorno del desarrollo de las actividades escolares (tasa 14 80) trastorno especifico del desarrollo de la funcion (tasa 14 20) trastornos mentales y del comportamiento por el uso del alcohol- sindrome de dependencia (tasa 14 10) y trastornos mentales y del comportamiento por uso del alcohol- intoxicacion aguda (tasa 12 50)

Resalta que la consulta mas frecuente tuvo como motivo los trastornos de ansiedad no especificado lo cual indica un componente de ansiedad significativo pero sin reunir criterios diagnosticos para una categoria lo que nos permite suponer la existencia de casos que presentaban niveles significativos de ansiedad (estado-rasgo) que limitaban el funcionamiento del individuo (de alli la necesidad de buscar atencion) sin haberse convertido aun en un trastorno per se Otros tipos de las patologias mencionadas anteriormente pueden incluir tambien un componente de ansiedad como es el caso de los insomnios no organicos

Actualmente los principales problemas de salud mental que enfrenta la poblacion panameña siguen siendo los trastornos de ansiedad depresion afectivos psicosis y el consumo de sustancias En la decima segunda feria institucional organizada por el Programa Nacional de Salud Mental el secretario general Dr Javier Lopez hizo referencia a que el bienestar completo de salud incluye la salud fisica y la salud mental afirmando que el mayor numero de casos que llega a consulta a los servicios de salud mental del pais estan relacionados con la depresion y la ansiedad (MINSA 2015 2016) En la region de Panama Oeste en el año 2016 acudieron a consulta de psicologia 348 personas

El Ministerio de Salud de Panama gestiona que todos los años se realicen actividades para hacer un acercamiento con la poblacion y brindarles informacion sobre el tema asi como la integracion del componente salud mental en la atencion primaria objetivo que debemos tener presente los profesionales de la salud para presentar propuestas de atencion

Luego de conocer los datos actualizados de consultas sobre nuestro objeto de estudio (la ansiedad) pasaremos a presentar las conclusiones de algunos estudios realizados en torno a nuestras variables

En un estudio descriptivo se quiso ver la manifestacion de la ansiedad rasgo-estado en mujeres primigestas con y sin una relacion marital estable Ellos concluyeron que la situacion de primer embarazo es un evento intrinsecamente estresante y que se percibia como amenazante por tanto elevaria los niveles de ansiedad rasgo y estado indistintamente del medio de afrontamiento social (estabilidad marital) No obstante se observaba que la muestra era mas parecida en cuanto a esa variable pues las que tenian una *relacion marital estable* realmente habian salido del hogar de origen precisamente por el embarazo y las participantes de ambos grupos tenian una escolaridad baja (Quezada 1997)

En el 2005 se realizo un pre-experimento con pretest posttest y grupo intacto cuyo objetivo era disminuir los niveles de ansiedad y estres en una muestra de 11 sujetos con diabetes la modalidad de intervencion fue grupal y al analizar los datos con la prueba de hipotesis t de Student para muestras correlacionadas obtuvieron diferencias estadisticamente significativas evidenciando asi que la ansiedad y el estres disminuyeron luego de la intervencion (Barrios 2005)

En un estudio preexperimental en el 2007 se comprobo estadisticamente que los niveles de la ansiedad-estado disminuyen tras la aplicacion de la terapia cognitiva conductual promoviendo a su vez conductas de adherencia al tratamiento oncologico

fortaleciendo mecanismos de afrontamiento y reestructurando las creencias y los pensamientos (Bernal y Sanchez 2007)

Un estudio correlativo quiso conocer y puntualizar la relacion existente entre la ansiedad rasgo-estado con el rendimiento deportivo pre competitivo y competitivo en una muestra de nadadoras su hipotesis experimental fue que a mayor ansiedad estado menor rendimiento deportivo Pudieron comprobar estadisticamente que el rendimiento competitivo disminuia por las elevaciones de la ansiedad-estado durante ese periodo (De Obaldia 2008)

En otro estudio descriptivo cuyo problema fue ¿Como se presenta en promedio las dimensiones del autoconcepto y la ansiedad estado-rasgo en una muestra de profesores que laboran en el Instituto Profesional y Tecnico de San Miguelito? y tuvo como objetivo general el conocer y puntualizar aquella manifestacion encontraron que los docentes presentaban las dimensiones del autoconcepto en un rango promedio al igual que el nivel de ansiedad rasgo estado evidenciado lo que afirmaba la teoria que para un desarrollo y percepcion favorable del autoconcepto se requiere que los niveles de ansiedad se mantuvieran en un nivel promedio o bajo (Hernandez 2009)

Vadala (2013) realizo una investigacion con estrategia cualitativa cuyo problema era ¿Que percepcion tienen los docentes acerca de su salud mental como producto del ejercicio de su actividad? La muestra estuvo integrado por 20 mujeres entre 30 y 58 años y a traves del metodo inductivo llegaron a las siguientes conclusiones a raiz de situaciones conflictivas en el trabajo aunado a las características personales varios docentes presentaban o habian presentado anteriormente ansiedad depresion y

estres que existia un sentimiento de soledad y aislamiento debido a la poca contencion de su entorno no por el ejercicio en si sino por la falta de preocupacion del sistema educativo hacia su labor y los cambios constantes en el contexto escolar (no contaban con espacios para el dialogo con respecto a su rol y situaciones por resolver) Por otro lado tenian anhelos de crear vinculos participar en la busqueda de recursos colectivos reflexionar con otras personas para enfrentar las distintas situaciones y comprender lo que ocurre en su entorno

En el 2014 realizaron un estudio explicativo que tenia como problema investigar ¿Que efecto tiene la terapia racional emotiva conductual sobre la ansiedad rasgo estado en estudiantes de segundo año de la facultad de psicologia del Campus Harmodio Arias Madrid de la Universidad de Panama? Su objetivo fue conocer y puntualizar el efecto de la terapia y diseñar el programa de intervencion Tuvo un diseño cuasiexperimental con pretest- posttest y grupo control Al utilizar el estadistico de diferencia de media independientes sugirieron diferencias estadisticamente significativas en la disminucion de la ansiedad luego de la intervencion terapeutica (Mas 2014)

En el año 2015 en Guatemala se realizo un estudio descriptivo sobre el nivel de ansiedad que existia en docentes de educacion primaria de una zona urbana Consto con una muestra de 25 mujeres entre 21 y 50 años de edad y se concluyo que el 60% de las docentes que laboran en una institucion privada de la zona 11 presentaban un nivel de ansiedad severo o extremo el cual debia ser abordado terapeuticamente Se destaco el alto grado de respuestas de ansiedad en la dimension cognitiva lo cual para la autora influye en la seguridad personal de cada docente en el temor a ser

evaluadas negativamente a la inestabilidad emocional y a la falta de realización personal (Solorzano 2015)

B Aproximación al constructo ansiedad-estado

a Definición

El siglo pasado (S XX) fue considerado como la edad de la ansiedad por muchos autores de distintas disciplinas tales como psicólogos sociólogos filósofos médicos poetas Ellos argumentaban el aumento de la ansiedad en ese siglo por el incremento de la incertidumbre y la interferencia de los gobiernos en los esfuerzos del individuo hacia el autorreconocimiento y la autorrealización hecho evidenciado en las consultas psicológicas donde gran parte de los pacientes acudían por dicho padecimiento Por ejemplo Auden (1947) describía los sentimientos de soledad e incapacidad para amar como indicadores de ansiedad Camus Kafka y Kierkegaard (s f citado en Reynolds 2011) realizaron estudios donde identificaron la ansiedad como un componente clave en muchos padecimientos psicológicos

Griest y Jefferson (s f citado en Moschos 1995) señalaban que la ansiedad es un estado emocional displacentero cuyas fuentes son menos fáciles de identificar y que con frecuencia se presentaba con síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o al agotamiento

Lazarus (2000 citado De los Reyes 2009) se refirió a la ansiedad como una emoción existencial ya que la veía como una reacción ante amenazas a nuestra identidad como personas a nuestra vida hacia quienes somos y representamos hacia nuestra

seguridad personal nuestro lugar en el mundo y a la forma en que somos vistos por los demas

Segun Spielberger (1975) la ansiedad estado es una condicion o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tension y aprension subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autonomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y a traves del tiempo. Va a depender tanto de los agentes recibidos por el individuo como de la interpretacion que haga el sujeto de ellos: amenazadores o peligrosos.

La ansiedad-estado se manifiesta directamente en la conducta y puede ser caracterizada como aguda. Tambien incluye sensaciones subjetivas de incertidumbre, nerviosismo, temor y preocupacion. La ansiedad baja a moderada se refleja en incertidumbre, temor y nerviosismo; los niveles moderados a altos pueden denotarse en inquietud, temblores, aprension, respiracion acelerada, sudor en las manos, tics y tensiones musculares; y los niveles muy altos de ansiedad se caracterizan por miedo intenso y comportamientos de panico.

Fernandez (1976, citado en Cañizales, 1987) definio la ansiedad-estado como un sentimiento de intranquilidad vago, preocupacion, activacion somatica, pero sin corresponder necesariamente a un objeto en la realidad. Lo vio mas bien como una reaccion subjetiva a una amenaza percibida, una prevision sin haberse dado en la realidad. Distinguió la angustia de la ansiedad en que la primera es mas visceral, fisica, y sus reacciones son de inhibicion y sobrecogimiento; y la segunda es mas psiquica, y sus reacciones son de inquietud y sobresalto.

Por su parte Vielmann (1997) señalo que la ansiedad estado es un indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitoria experimentada por las personas y puede usarse como signo de cambios de intensidad en distintas situaciones y que a la vez se acompaña por sensaciones de preocupacion tension nerviosismo y aprension

Hackford y Wenkmezger (2006 citado en Hernandez 2009) definieron la ansiedad-estado como un sentimiento percibido conscientemente como inadecuado y de tension acompañado por un aumento de la actividad (aurosas) en el sistema nervioso autonomo es decir una condicion emocional temporaria del organismo humano que varia de intensidad y de estabilidad en el de correr del tiempo Lo consideraron como una respuesta

Liebert y Morris (1967) Sarason y Wine (1975 citados en Moschos 1995) sugirieron que los componentes del estado de ansiedad son una respuesta de preocupacion cognitiva (la persona se enfoca en la autoevaluacion pensamientos de fracaso autoconmiseracion y dudas sobre las propias capacidades) y una respuesta autonómica emocional (síntomas físicos como manos temblorosas palpitaciones rapidas sudoracion en las palmas y plantas de los pies resequedad en la boca otros) Y que ambas pueden repercutir como efectos negativos para el desempeño y las interacciones sociales Sostienen tambien que para predecir los niveles de ansiedad estado es necesaria la interaccion de factores idiosincraticos y situacionales percibidos a su vez como amenazantes

Para Reynolds (2011) los niveles altos de ansiedad pueden interferir con los procesos de pensamiento racional lo que convierte a la ansiedad en un problema clínico que necesita terapia profesional para resolverse

Para este estudio adoptaremos la postura de Spielberger en cuanto la concepción de la ansiedad estado entendiéndola como un estado desagradable transitorio acompañado por manifestaciones fisiológicas psicoemocionales y de conducta que variara en intensidad dependiendo del nivel de amenaza que se perciba y de la predisposición del organismo para generar estados de ansiedad Teniendo presente también que la cronicidad de un estado de ansiedad puede repercutir vulnerando la estructura y/o acarreando otros problemas de salud y por ello merece atención psicológica para prevenir la instalación de trastornos

b Dinámica de la respuesta ansiosa

Las primeras reflexiones sobre los efectos de las tensiones de la vida sobre las enfermedades físicas y mentales se iniciaron en el siglo XX cuando el médico William Osler comparó la tensión y las deformaciones con el trabajo pesado y las preocupaciones De esta analogía se puede desprender que las tensiones son los sucesos con potencial de daño y la deformación es el cambio interno que se da en el individuo leyéndose entre líneas que la deformación es la ansiedad producida por el estrés

Es importante tomar en cuenta que esta interacción no es unidireccional sino en doble vía para que un suceso genere un cambio interno entran en juego factores mediadores como son los procesos cognoscitivos sugiriendo así la capacidad del ser humano

para interactuar y transformar su ambiente o evitar los efectos de la situación estresante a través de habilidades de afrontamientos que pueden ser desarrolladas

Es decir las reacciones emocionales ante las situaciones tensionantes son influidas tanto por los peligros potenciales (en la realidad objetiva) como por las apreciaciones individuales (realidad subjetiva) Cuando alguien se halla ante una situación angustiosa y la interpreta como algo peligroso o amenazador experimentará sensaciones de tensión preocupación y temor que a la vez desencadenará una serie de cambios fisiológicos y conductuales como el resultado de la activación simpática donde la intensidad de la reacción debe ser proporcional a la magnitud del peligro

Spielberger (1980) en su libro **Tensión y Ansiedad** definió el término tensión como la globalidad del proceso psicobiológico iniciado por una situación o estímulo que se percibe como potencialmente peligroso o amenazante que generaría una reacción de ansiedad para él concebida como Estado de Ansiedad (sensaciones subjetivas de temor preocupación nerviosismo y la activación del sistema autónomo)

De aquí inferimos que para este autor la tensión se puede equiparar con el estrés siendo como una de sus consecuencias los estados de ansiedad Spielberger (1980) sostuvo que las características objetivas de la situación los pensamientos y los recuerdos que se insinúan la capacidad del individuo para hacerle frente y las experiencias previas en una situación familiar contribuyen a la evaluación de un evento como amenazante

Para Mason (s f citado en Spielberger 1980) la similitud entre los cambios fisiologicos del estado de ansiedad y de las reacciones de tension apoyan su hipotesis de que la excitacion emocional se encarga de transmitir la señal de tension

Freud (s f citado en Spielberger 1980 y Suinn 1993) concebía la ansiedad libremente flotante como un reflejo de la energia libidinal reprimida como una señal de amenaza un indicador de la necesidad de algun tipo de adaptacion Mas adelante Bellack (1990) en su libro **TAT, CAT y SAT uso clinico** indico que cuando la ansiedad funciona como señal la persona presenta un estado de maduracion mas avanzado

Freud (s f citado en Suinn 1993) llamaba ansiedad real u objetiva a la que se originaba en el exterior (entorno) y ansiedad neurotica a la interna derivada de los impulsos inaceptables Tambien afirmaba que a pesar de que los sintomas fisiologicos y conductuales son componentes esenciales de los estados de ansiedad lo que realmente daba la particularidad de *desagradable* eran las experiencias subjetivas

Erickson (1974 citado en Engler 1996) resalto el papel positivo que tiene el Yo de mantener el funcionamiento efectivo en lugar de solo un papel negativo de evitar la ansiedad es decir que las defensas de un individuo pueden ser adaptativas y tambien desadaptativas por tanto da sentido el intervenir para potenciar su potencial adaptativo Para Anna Freud (1936 citado en Frager y Fadiman 2009) nos protegemos de las ansiedades con varias estrategias que surgen de nuestras disposiciones geneticas dificultades externas y la microcultura de nuestra familia y comunidad Afirmaba que cuando las defensas son utilizadas de forma consciente y

deliberada la vida se hace mas tolerable y satisfactoria pero si oscurecen la realidad y nos impiden funcionar se convierten en neuroticas y sus efectos son dañinos

Lazarus (s f citado en Spielberger 1980 y Suinn 1993) entendia a la tension y a la ansiedad como consecuencias de los procesos cognitivos basados en la apreciacion del individuo sobre los sucesos como potencialmente dañinos y sobre los propios recursos para hacerle frente Concebia la ansiedad como un tipo especial de interaccion entre el ambiente y la persona donde la interaccion inicia con la interpretacion de una situacion como amenazante la cual lleva al surgimiento de un estado de ansiedad relacionado con cambios fisiologicos especificos Esta dinamica genera malestar en el individuo por lo que es impulsado a movilizar recursos para hacerle frente

Beck (s f citado en Suinn 1993) indicaba que el principal problema en los trastornos de ansiedad no es la generacion de ansiedad sino los patrones (esquemas) cognitivos hiperactivos respecto al peligro que van estructurando continuamente las experiencias externas e internas como un signo de peligro Para este autor las fuentes de ansiedad tambien son las apreciaciones de la persona y sus ideas sobre la realidad

En las personas ansiosas identifico los siguientes componentes cognitivos la auto preocupacion (entendida como la reconstruccion de los sucesos en terminos personales que interfiere con la interpretacion objetiva del suceso o con la capacidad de tomar la perspectiva de otra persona) y la inquietud (que es inquietarse por los acontecimientos) Tambien identifico pensamientos ansiosos tendencia a ver los

sucesos como catastróficos con pérdida de perspectiva u objetividad y pensamiento dicotómico

Jaen (2000) señalo otras distorsiones cognitivas presentes en personas ansiosas inferencia arbitraria maximizacion minimizacion y el pensamiento de incapacidad para controlar la situacion preocupacion e inseguridad Benayon (2015) argumento que al inicio los pensamientos negativos producen sentimientos negativos que luego son reforzados por los pensamientos originando un ciclo negativo que hace que la mente elabore ideas aterradoras estableciendose de poco a poco un incremento de la ansiedad

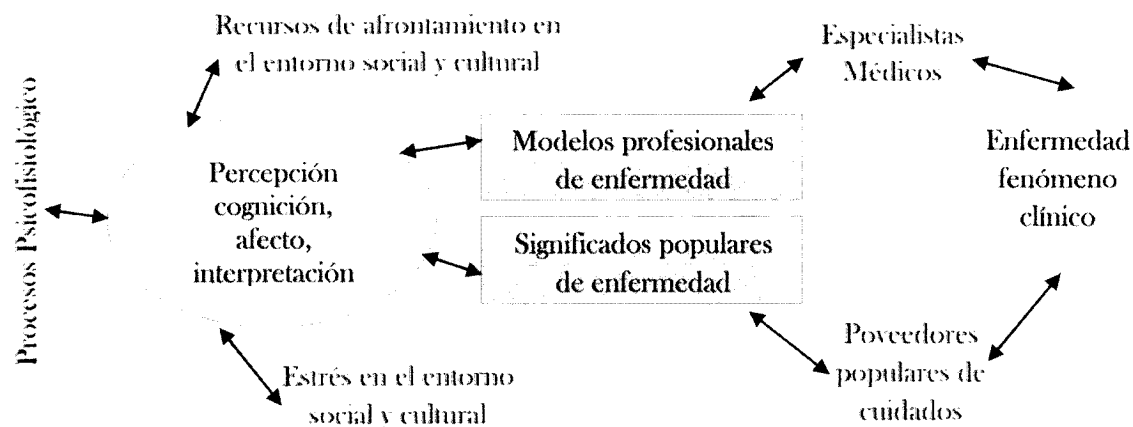
Cohen (2006) en su libro **Psiquiatria teoria y practica** señalo el procesamiento patológico de la información en los trastornos de ansiedad temor a sufrir algún daño o algún peligro hipersensibilidad a la información acerca de las posibles amenazas pensamientos automáticos asociados con peligro riesgo falta de control e incapacidad sobreestimación del riesgo en las situaciones mayor memoria de recuerdos de situaciones amenazantes desmoralización auto-observación mayor procesamiento automático de la información esquemas de mala adaptación y reducción de la capacidad cognitiva para la resolución de problemas

Siguiendo las hipótesis psicológicas Suinn (1993) en su libro **Entrenamiento en manejo de ansiedad** explico que las expectativas (interpretaciones) de los pacientes no solo intervienen en la respuesta ansiosa sino también en los tratamientos produciendo ciertos síntomas y signos tanto de mejoría como de empeoramiento También afirmo que la necesidad de control es un factor clave en la producción de

ansiedad. Stokes (1985; citado en Suinn, 1993) afirmó que las respuestas neuroendocrinas a los estímulos que provocan ansiedad son generalmente excitadores del sistema, pero que la respuesta varía con la percepción del individuo sobre ese estímulo.

Otros autores señalaron la importancia del factor cultural para el origen, mantenimiento y resolución de la ansiedad, así, Spiro (1959; citado en Suinn 1993) afirmó que cada cultura crea estrés y tensiones con las que cada personalidad tiene que lidiar, y que la herencia cultural provee de técnicas institucionales para su resolución o reducción, por tanto la patología surgirá de la relación entre las tensiones producidas en la cultura y la herencia cultural que cada quien recibe para hacerle frente a esas tensiones, en mayor o menor medida. Si el individuo no puede resolverlas con tales herramientas crea modos idiosincráticos de soluciones (neurosis y psicosis).

Good y Kleinmann (1985; citado en Suinn, 1993) ofrecen un modelo transcultural (que en nuestros tiempos pudiese equivaler a un modelo biopsicosocial) y lo explicamos con el siguiente esquema donde se puede observar que las interacciones son el doble sentido:



Desde el origen biológico de la ansiedad se plantea que su presencia es consecuencia de la evolución y de la selección natural es decir que la ansiedad cumple una función adaptativa o dicho de otra manera permite la activación y movilización del organismo para enfrentarse al peligro En esta hipótesis cobra relevancia la activación del sistema nervioso simpático y del eje hipotálamo-pituitario-adrenocorticoide

Uno de los autores destacados en esta postura es Seyle (1936) con su Síndrome de Adaptación General donde explico que el organismo ante un peligro atraviesa tres fases (alarma resistencia y desgaste) en su afán por recuperar el equilibrio perdido Él también señalo que las respuestas son moduladas por factores condicionantes como las características internas (factores constitucionales huellas mnémicas de experiencias anteriores) y las externas (clima hora del día estación y dieta) [citado en Robles y Peralta 2010 y en Suinn 1993]

Lang (1985 citado en Suinn 1993) también propuso que hay respuestas de supervivencia filogenéticamente innatas asociadas a las emociones que se organizan en tres niveles a saber subrutina el cual es el nivel base e incluye modos operativos específicos para un contexto como son las respuestas de ataque o escape el nivel de programas emocionales donde hay respuestas estereotipadas pero que pueden variar en cuanto a las acciones específicas como el miedo y la ira y el nivel de preposiciones dimensionales el cual es el nivel más amplio de organización e incluye dimensiones de intensidad dirección y control sobre el estado emocional

Además de las fuentes de la ansiedad se puede estudiar la respuesta en cuanto a los factores necesarios para que surja la ansiedad los factores predisponentes

(biologicos fisicos quimicos psicicos sociales) los activadores (situaciones vividas como amenazantes) y los de mantenimiento (ligadas a la autogestion de la propia ansiedad ansiedad por la posibilidad de experimentar ansiedad) Existen características esenciales en los estímulos que facilitan su consideración como amenazantes novedad falta de predictibilidad e incertidumbre también los pensamientos negativos basados en experiencias anteriores de fracaso

Cabe resaltar que cualquier evento que lleve inherente un cambio puede ser percibido como amenazante indistintamente de su carácter positivo (ej primer empleo) o negativo (ej separación familiar) Los eventos pueden clasificarse en tres categorías los sucesos vitales extraordinarios (ej accidente de tránsito) sucesos diarios estresantes de menor intensidad (p ej contratiempos laborales familiares de salud) y las situaciones de tensión crónica mantenida (p ej violencia intrafamiliar acoso laboral)

A pesar de que las primeras son más intensas permiten una adaptación más rápida o completa porque no son frecuentes las segundas tienden a generar mayor reacción negativa que las primeras precisamente por su frecuencia en el tiempo El último tipo es el de peor adaptación porque reúne las características de los anteriores son intensos y frecuentes

Ries Castañeda Campos y Del Castillo (2012) señalaron que los niveles altos de ansiedad estado son apreciados como intensamente molestos por tanto si el individuo no puede evitar el estrés que lo causa pondrá en marcha diferentes estrategias de afrontamientos para tratar de reducir el estado emocional desagradable

Estos mecanismos influyen en el proceso psicofisiológico en la medida que sean exitosos las situaciones serán revaloradas viéndose como menos amenazantes y por ende se reducirá el nivel de ansiedad-estado

Martens *et al* (1990 citado en Ries *et al* 2012) observaron que a medida que se eleva la ansiedad-estado cognitiva (dificultad o incapacidad para mantener la atención y la concentración) decrece el rendimiento en la labor que se realice Vielmann (1997) señaló que entre las fuentes de seguridad emocional a las cuales se les reconoce la mayor influencia sobre el origen de la ansiedad y las enfermedades nerviosas están las relaciones interpersonales

A través de esta revisión podemos observar que a pesar de existir varias escuelas psicológicas de pensamiento los diversos autores convergen en lo siguiente para que surja un estado de ansiedad debe estar presente cierta dinámica que incluye una situación objetiva o subjetiva percibida como amenazante o peligrosa donde esa valoración de amenazante dependerá de aspectos mediadores como la experiencia previa negativa o inaceptable y sus huellas mnémicas pensamientos distorsionados predisposición biológica percepciones recursos de afrontamiento otros los cuales desencadenan una experiencia subjetiva de malestar reflejada a través de cambios fisiológicos conductuales y psicoemocionales y es transitorio

Precisamente es la experiencia subjetiva la que da el carácter de desagradable al estado de ansiedad (enfatiizando que se da en la dimensión psíquica) y que la amenaza puede dirigirse hacia la seguridad física o psíquica Recordando también que la

ansiedad cumple una función adaptativa importante en el desarrollo de todo ser humano

b 1 Relación con la dimensión ansiedad-rasgo

Spielberger (1980) definió la ansiedad-rasgo (llamada anteriormente ansiedad-peculiar) como la tendencia a ver el mundo de forma peligrosa la cual aumenta la frecuencia con que se experimenta un estado de ansiedad durante un prolongado lapso esto permite describir las diferencias individuales El equiparó la ansiedad-rasgo con la ansiedad neurotica en el sentido que esta predispone al individuo a reacciones del tipo ansiedad-estado

También indicó que las personas con un muy alto nivel de ansiedad-rasgo están casi todo el tiempo en un estado de ansiedad sin embargo si la persona no percibe el estímulo como amenazante no experimentará un incremento de su ansiedad-estado

Atkinson (1964) equiparó la ansiedad-rasgo a la motivación y la describió como las disposiciones que están latentes en los individuos hasta que las señales de una situación las active Cambell (1963) también lo definió como el residuo de experiencias pasadas que predisponen al individuo a ver al mundo como amenazante y a manifestar tendencias de respuestas ansiosas (citados en Viemann 1997)

En síntesis la ansiedad-rasgo sería el grado de propensión de un individuo a interpretar situaciones como peligrosas o amenazantes y a reaccionar con estados de ansiedad

En el estudio realizado por Ries *et al* (2012) titulado **Relaciones entre ansiedad rasgo y ansiedad-estado en competencias deportivas** se evidencio la variabilidad de la ansiedad-estado segun el nivel de tension percibida por el atleta (mas intenso el dia de la competencia que cuatro dias antes) y la estabilidad de la ansiedad rasgo. Afirmando tambien los supuestos de Spielberger (1980) que a mayor ansiedad-rasgo el individuo tiende a percibir con mayor facilidad los estímulos como amenazantes por tanto el nivel de ansiedad-estado sera tambien mas elevado o tendera a elevarse con mayor frecuencia. Tambien observaron que la dimension somatica de la ansiedad-estado varia mas que la cognitiva (pudiendo equivalerse con la afirmacion de Spielberger que existe mayor manifestacion conductual de la ansiedad estado).

Luego de analizar las distintas aportaciones pensamos que tambien existe la posibilidad de que si el estado de ansiedad se cronifica afectara la estructura del individuo haciendolo vulnerable a presentar con mayor frecuencia en el futuro reacciones de ansiedad.

Es decir que no solamente una elevada ansiedad rasgo predispone al organismo a elevaciones de la ansiedad-estado sino que la relacion puede tambien darse en sentido inverso donde una intensa elevacion de ansiedad-estado si se vuelve cronica repercutira en la estructura psiquica vulnerando el sistema (p ej debilitando el sentido de autoeficacia y aumentando la sensacion de perdida de control) y aumentando las probabilidades de padecimientos clinicos. Por tanto toma sentido el intervenir cuando los niveles de ansiedad estado son elevados aun cuando los niveles de ansiedad rasgo no lo sean.

b 2 Manifestaciones de la ansiedad

Para Spielberger (1980) los síntomas que constituyen la ansiedad son las sensaciones de incertidumbre temor nerviosismo y preocupación (pensamientos ansiosos sobre el evento y/o sobre daños físicos y psicológicos que pueden resultar de aquella amenaza real o imaginaria) los cambios fisiológicos como aumento en los niveles de adrenalina y cortisol aceleración del ritmo cardíaco sudoración náuseas dilatación de pupilas tensión muscular temblores hiperventilación y las manifestaciones conductuales como expresiones faciales de miedo falta de energía y fatiga evitación discusiones Esta experiencia desagradable hace que el individuo se comporte de cierta manera para evitar o minimizar la amenaza

Es posible categorizar las manifestaciones de la ansiedad en tres grandes grupos síntomas somáticos o fisiológicos síntomas conductuales y síntomas psicoemocionales (cogniciones y sensaciones emocionales desagradables) ver cuadro N° 1

Por otro lado se puede inferir la presencia de ansiedad a través de la medición con auto informes signos fisiológicos observación de conductas desempeño de tareas intuición clínica y observando la respuesta al estrés

CUADRO N°1
Categorización de las manifestaciones de la ansiedad

Categorías	Signos y síntomas
Somáticos o fisiológicos	Aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la presión arterial, aumento de niveles de cortisol, adrenalina, noradrenalina, dopamina (al inicio de la respuesta al estrés); disnea, hiperventilación, opresión torácica, tensión muscular, dilatación de las pupilas, sudoración, náuseas, temblores, cefaleas, mareos, alteraciones visuales, rubor, hipervigilancia. Alteración de la actividad del sistema digestivo, reproductivo, metabólico e inmunológico, como: la disfagia, diarrea, estreñimiento, poliuria, alteración del ciclo menstrual, dispareunia, poca lubricación vaginal, disminución del deseo sexual, eyaculación precoz o retardada, disfunción eréctil.
Conductuales	Verborrea, conductas impulsivas, de riesgo (ej. uso de sustancias psicoactivas), desórdenes en los patrones alimenticios y del sueño; fatiga y falta de energía, evitación, aislamiento social, rituales compulsivos, discusiones, hipo o hipercinesia, sobresalto, alteraciones en la fluidez verbal.
Psicoemocionales	Disminución de la atención y concentración, bloqueos mentales, problemas mnésicos a corto y largo plazo (fijación y recuperación), aumento en la cantidad de errores, dificultad para tomar decisiones y para planificar; desorganización, preocupaciones intensas y constantes, taquipsiquia; sensación de irre realidad, irritabilidad, desesperanza aprendida, tristeza, aprensión, sensación de falta de control, incertidumbre, inquietud, hipersensibilidad a la crítica, distorsión del autoconcepto (sentimientos de inadecuación, inferioridad o incapacidad), pánico, miedo o temor injustificado (anticipación temerosa).

Fuente: Revisión Bibliográfica

b.3 La ansiedad: ¿ayuda o limita?

Como bien versó Spielberger (1980) en su libro **Tensión y Ansiedad**, enfrentarse a la tensión y a la ansiedad es una necesidad diaria en el crecimiento y desarrollo de los individuos; cada crisis del desarrollo supone una tensión que trae la posibilidad de un mejor nivel de organización psíquica; es decir, es parte intrínseca de la vida misma, desde el trauma del nacimiento hasta la vejez, todas las etapas no son solo etapas sino también fuentes de tensión.

Por lo que seria logico pensar que la ansiedad debe tener una funcion de asistencia o ayuda para el desempeño del individuo en sus distintos ambitos de actuacion sobre todo en la vida adulta en que se agudiza el tener que encarar presiones del trabajo y del grupo social al cual se pertenece

Tal analisis se refleja en la afirmacion de Ress (1973 citado en Moschos 1995) la ansiedad es un fenomeno normal que unicamente debe ser considerado como patologica cuando compromete el bienestar general o la eficacia de la persona constituye una caracteristica comun de numerosos cuadros psiquiatricos medicos quirurgicos etc

La ansiedad tiene un valor adaptativo en cuanto señal de alerta permite tomar decisiones rapidas aumenta el repertorio de estrategias de afrontamiento que fortalecen los sentimientos de autonomia y autoeficacia todos ellos efectos positivos Si no se experimentara ansiedad ante peligros amenazantes estaríamos indefensos y se haria dificil una adaptacion a la situacion

El problema es cuando la ansiedad se excede en intensidad frecuencia y duracion convirtiendose entonces en patologica lo cual tambien puede identificarse en tanto la reaccion sea mas o menos congruente con el estimulo percibido es decir cuanto mayor es el peligro en el exterior mayor sera la sensacion desagradable en la forma patologica (ansiedad neurotica o irracional) la reaccion de ansiedad sera mayor a la que produce un peligro objetivo

Por tanto las reacciones de ansiedad neurotica son adaptaciones deficientes porque hacen que el individuo se adapte a los recuerdos reprimidos de peligros ya

inexistentes; viéndolo desde un punto de vista cognoscitivo, sería un intento de adaptación a las ideas irracionales y pensamientos disfuncionales.

Entonces podríamos sintetizar que para considerarse la ansiedad como patológica, la reacción debe ser desproporcionada y/o injustificada, escapar del control voluntario del individuo, tener un carácter intenso y recurrente y generar malestar clínicamente significativo en las distintas áreas de actuación (familiar, social, laboral...). Por ello es importante que las personas aprendan a identificar las fuentes de su ansiedad para que puedan maximizar los efectos positivos de su presencia.

Un tipo de ansiedad común en personas que desempeñan un servicio social y a la vez presentan orientación a los resultados, es la ansiedad de desempeño/ de rendimiento/ de aprobación y la ansiedad anticipatoria, estas generan en el psiquismo un permanente estado de amenaza que lleva a su vez a elevar el nivel de ansiedad-estado y puede provocar limitaciones en el funcionamiento cotidiano, promoviendo que se dé una profecía autorrealizada, reforzando sentimientos de inseguridad e incompetencia.

Para ejemplificar el valor positivo de la ansiedad, presentamos la siguiente viñeta clínica: *“Recuerdo que cuando tenía aproximadamente 8 años de edad, fuimos de paseo con toda mi familia; estábamos en la piscina y mi prima sin saber nadar se fue al área honda, al perderla de vista todos nos asustamos y nos pusimos nerviosos, mi reacción fue nadar hacia ella a buscarla, recuerdo haber tocado el fondo de la piscina sin sentirme ahogada, levantarla y pasársela a un primo que esperaba fuera de la piscina. Posterior al evento, no entendíamos cómo una niña de 8 años había tocado el*

fondo (porque antenormente habiamos constatado que no alcanzaba) y habia podido levantar a otra niña de mayor peso

Con esto podemos apreciar que gracias al alto nivel de ansiedad experimentado en ese momento se activo la respuesta de lucha con todos los cambios psicofisiologicos inherentes permitiendo tal hazaña que de otro modo no hubiese sido posible. Probablemente si alguien le hubiera aplicado una escala de ansiedad en ese momento hubiese puntuado muy alto.

C Aproximacion a la Terapia de Grupo

a Fundamentacion

Varios teóricos de la personalidad han defendido la naturaleza social del individuo al insistir que la personalidad se desarrolla dentro de contextos sociales y a través de intereses sociales que toda persona lleva consigo un impulso inherente de pertenencia de alivio del aislamiento de vinculación con otros y de rectificación de las relaciones interpersonales perturbadas. Han afirmado que los adultos no se autorrealizan por completo hasta que no consigan una mayor aceptación de los demás demuestren un interés social profundo establezcan relaciones más íntimas y plenas y se comporten de modo más democrático hacia otros. Señalándose que los grupos desempeñan un papel crucial y fundamental en las áreas del desarrollo durante la vida (Adler 1957 Fromm 1974 Horney 1945 Maslow 1968 y Sullivan 1968 citado en Schaefer 2005)

La principal necesidad del ser humano es buscar y mantener proximidad con otra persona esa proximidad tranquiliza el sistema nervioso y potencia la autonomía el aislamiento traumatiza [Jinich Samuel (conferencias orales) en el Externship de Terapia Focalizada en las Emociones basada en las teorías del apego mayo 2018] Para Rogers (citado en Frager y Fadiman 2009) la retroalimentación de los demás representa una oportunidad para experimentarnos a nosotros mismos las relaciones son necesarias para conocer el self

En el principio solo unos pocos terapeutas elegían la modalidad de intervención grupal por genuino interés la mayoría recurrían a ella por la demanda pues no podían hacerle frente con la modalidad individual y otros solo la utilizaban como complementaria a sus procesos individuales de atención Uno de los primeros trabajos formales se realizó a pacientes con tuberculosis en 1905 a cargo de Joseph Pratt quien tuvo como objetivo disminuir los síntomas depresivos y promover la adherencia al tratamiento

Sin embargo a Jacob L. Moreno es a quien se le reconoce como el precursor principal del tratamiento a través de un grupo y fue quien utilizó el término terapia de grupo pues desarrolló varios métodos para el análisis en ese contexto como el Psicodrama donde a los participantes se les adjudica un rol (propio u otro) pero la representación surge desde su propia dinámica interna permitiendo así aflorar conflictos y trabajarse desde la interacción social Otros precursores de esta modalidad fueron Burrow y Slavon (Trull 2003)

Un evento histórico importante que marco la relevancia de las terapias de grupo llevándolas a un nivel de respetabilidad fue la Segunda Guerra Mundial desde allí

varias escuelas de psicología comenzaron a definir su modalidad grupal por ello existen terapias de grupo psicodinámicas gestálticas cognitivos-conductuales humanistas otras

Normalmente las sesiones duran de 90 a 120 minutos salvo entrenamientos específicos en relajación cuyas sesiones pueden durar 20 minutos los participantes pueden sentarse en círculo el grupo puede estar compuesto de forma homogénea o heterogénea dependiendo de las convicciones del terapeuta y las consideraciones prácticas Por lo general se excluye de esta modalidad a pacientes con limitaciones cognitivas graves psicóticos o personas propensas a perturbar el funcionamiento de un grupo

En algunas ocasiones se tiene un terapeuta auxiliar en otras el terapeuta ve a cada miembro en terapia individual o solamente los atiende en la terapia de grupo (en este punto es importante resaltar la imparcialidad que debe reflejar el terapeuta hacia los pacientes no tomar partido hacia un miembro pues puede deteriorar la alianza con los demás y es importante la confidencialidad) Algunos grupos son abiertos (permiten entrada de nuevos miembros) otros cerrados (no permite entrada de nuevos miembros una vez iniciado su funcionamiento es el caso del presente trabajo)

Richard Halguin (2009) en su libro **Psicología de la anormalidad** definió a la terapia de grupo como una modalidad de intervención en que las personas atribuladas pueden compartir en forma abierta sus problemas con otros recibir retroalimentación desarrollar confianza y mejorar las habilidades interpersonales

Por su parte Sarason y Sarason (1996) en su libro **Psicología Anormal** definieron la terapia de grupo como un medio para ampliar la aplicación de los conceptos psicoterapéuticos siendo menos costoso y con la característica activa de que los pacientes pueden aprender tanto por medio de la observación de los intentos adaptados e inadaptados de resolver los problemas personales de los otros miembros del grupo como a través de la comparación de su propia relación con el terapeuta y la relación del terapeuta con los otros miembros del grupo

También afirman que son especialmente efectivos porque al permitir el ensayo de habilidades sociales mediante el modelado es más probable que las extrapolen a su vida diaria fenómeno que a veces es más lento en la psicoterapia individual

Según los mismos autores las características de una terapia grupal son autorrevelación (oportunidad de hablar acerca de los problemas personales) aceptación y apoyo (fomento de sentimientos de pertenencia y de ser valorado que facilitan la autoaceptación) aclaración de las normas (se aprende que no es la única persona con problemas y que sus problemas no son únicos o más graves) aprendizaje social (nueva forma de relacionarse de manera constructiva y adaptada) aprendizaje vicario (la posibilidad de aprender sobre sí mismo a partir de la observación de otros miembros y del terapeuta) y la comprensión de sí mismo (a través del autodescubrimiento mediante la interacción con el otro)

Yalom (1975 citado en Schaefer 2005) indicó que los grupos son capaces de inculcar esperanza promover un sentido de pertenencia impartir informaciones cultivar el altruismo corregir las huellas disfuncionales de la familia primaria desarrollar

habilidades sociales facilitar la socialización modelar habilidades de relación proporcionar apoyo emocional y catarsis ayudar a las personas a vincularse entre sí y atender a los problemas relacionados con el significado y propósito de la vida

Los adultos que participan en grupos buscan obtener alivio para recuperar la capacidad de unirse de hacer de respetar acuerdos de lidiar con los conflictos y con las diferencias sentirse parte importante de algo dar y recibir retroalimentación y lograr la realización de lo que se proponen

La terapia de grupo ofrece la oportunidad para que la persona visualice la influencia de sus actitudes en las otras personas (fenómeno valioso para los docentes que tienen a diario que interactuar con otros) En cuanto a la efectividad varios estudios han demostrado su supremacía con respecto al no tratamiento pero no así con respecto a otras modalidades psicoterapéuticas (sugiriendo que las distintas modalidades son efectivas para trabajar la problemática que trae el paciente) No obstante representan una ventaja al poder atender a un mayor número de casos (disminuir la demanda) y al ser más económico (Trull 2003)

Un tipo especial de terapia de grupo es la Terapia de Grupo de tiempo limitado (Baduman y Gurman 1988 citado en Trull 2003) donde existe un número de sesiones predeterminado y se caracteriza por los siguientes aspectos se selecciona a los participantes atendiendo a su problemática y su capacidad para poder aportar y beneficiarse de esta modalidad (a través de una entrevista individual previa) se establece un foco de trabajo el cual es compartido por los integrantes y ayuda a concentrarse en el tratamiento de esa dificultad (p.ej. problemas para manejar la

ansiedad) resulta imprescindible la cohesión grupal y se cuidan las reacciones a los límites de tiempo (preparación a la terminación y la activación subyacente de temas de pérdidas anteriores y posibles frustraciones)

Desde la corriente cognitiva-conductual en los grupos terapéuticos se llevan a cabo psicodramas para trabajar situaciones difíciles de los miembros del grupo. El reforzamiento es una técnica frecuente y el rol del terapeuta es activo guiando el proceso de trabajo en equipo de modo que no solo se debiliten comportamientos y actitudes inadecuadas sino que se aprendan comportamientos más satisfactorios y constructivos de manera que los integrantes lleguen a interesarse en los sentimientos, expectativas, motivos y necesidades de otros (Rotter 1970 citado en Trull 2003)

Igual que en terapia individual el sujeto es el centro del cambio por lo cual también es importante la evaluación de los problemas individuales para ello se pueden realizar cuestionamientos, exploraciones de las respuestas, ofrecer comentarios, examinar hipótesis inferidas de la conducta en grupo y de las auto-narraciones de pensamientos, sentimientos y acciones del paciente focal (Mas 2014)

Bandura (1969 citado en Trull 2003) demostró la importancia del aprendizaje indirecto y la función de los mediadores cognoscitivos en el afecto y la ejecución. Otros teóricos del aprendizaje social también resaltaron la idea de que el aprendizaje es un proceso activo donde intervienen las características personales y los procesos cognoscitivos en el comportamiento muchas veces incluso de forma independiente a los estímulos, situaciones o reforzadores.

El enfoque cognitivo conductual incluye intervenciones tanto conductuales (conciben el cambio modificando al comportamiento) como cognitivas (dirigida a modificar pensamientos que mantienen el malestar) ambas sugieren que todas las consecuencias desadaptadas corresponden a aprendizajes erróneos anteriores y que se puede reducir el malestar percibido (síntomas) al desaprender lo aprendido o al obtener nuevas experiencias que le permitan estructurar nuevos esquemas por ejemplo etiquetando las situaciones de forma más realista

La perspectiva cognoscitiva de los problemas clínicos recalca la función del pensamiento en la etiología y el mantenimiento de los problemas y se basa en evidencias empíricas. La terapia cognitiva se enfoca en los pensamientos y emociones que condicionan el comportamiento y la terapia conductual en cambiar o extinguir comportamientos no deseados. En conjunto han sido útiles para trabajar con síntomas físicos y cognoscitivos asociados a un estado de ansiedad.

En cuanto a la ansiedad, el enfoque sostiene que tiene su origen en las distorsiones cognitivas que surgen en el proceso de preocupación y que al ayudar a los consultantes a reconocer sus pensamientos ansiosos, reemplazándolos por pensamientos alternos más racionales a la preocupación y aplicándolos en la realidad, se puede romper el ciclo de pensamientos negativos y de preocupaciones. Los cuales también se ponen en control al combinar técnicas de relajación y técnicas cognitivas.

Según Urbano (2016) la propuesta desde la psicoterapia cognitivo-conductual para el manejo de la ansiedad se basa en el entrenamiento para aprender a no magnificar, dramatizar o personalizar sobre asuntos de la vida, aprender a no focalizar sobre

aspectos concretos de la vida y tener una vision mas amplia centrada en el presente y aprender a identificar los verdaderos problemas reinterpretandolos desde nuestro adulto interior relativizando buscando soluciones tomando decisiones y siendo proactivos todo ello valiendose tambien de tecnicas de relajacion respiracion profunda etc

De esta manera la Terapia Cognitiva-Conductual se sostiene en cuatro pilares fundamentales el aprendizaje clasico el aprendizaje operante el aprendizaje social y el aprendizaje cognoscitivo que interactuan y permiten reestructurar esquemas inadaptados La premisa fundamental es que no son los acontecimientos los que nos perturban sino la interpretacion que hacemos de ellos es decir nuestros sentimientos y acciones estan muy ligados a la forma en que pensamos

La TCC de Tercera Ola como se conoce popularmente ha ampliado su entendimiento de la conducta humana y no solo utiliza tecnicas tradicionales propuestas por Ellis y Beck sino que permite integrar constructos y metodos de otras corrientes p ej de enfoques humanistas

Ademas no tiende a centrarse en el problema (confrontar creencias irracionales o pensamientos distorsionados a traves de los debates socraticos como se realizaba anteriormente) sino en el aqui y el ahora y a traves del mindfulness se logra contemplar la situacion desde una perspectiva alterna que le permite a la persona encontrar nuevas soluciones para su conflicto [Mandil Javier (conferencias orales) en IV Congreso de la Sociedad Panameña de Psicoterapia (SOPAPSI) septiembre 2015]

Esta característica de *integrativa* permite ambientar el grupo lúdicamente Christine Caldwell en su apartado **Grupos de terapia de juego con adultos** expreso participar en grupos de terapia de juego aumenta nuestra supervivencia como individuos por ser una especie social (es decir el beneficio de estar juntos es mayor al costo de manejar las relaciones sociales) y como seguimos aprendiendo toda la vida podemos correlacionar el aprendizaje con el juego

Esta modalidad no se ha desarrollado ampliamente por la idea errónea que el juego del adulto es similar al de los niños considerándose como infantil y frívolo En los adultos el juego además de ser un medio de aprendizaje crecimiento desarrollo de capacidades anticipación de cambios y recuperación de problemas sirve concretamente para cuidar de otros manejar el tema del empleo y de ser productivo afrontar la pérdida y el envejecimiento encontrar significado y propósito para la vida sentirse creativos resolver problemas reflexionar sobre sí mismos expresar su sexualidad desarrollar su espiritualidad y alistarse para morir (temas centrales de la etapa del desarrollo de nuestra muestra)

Levy (1978 citado en Schaefer 2005) considero que el juego brinda la oportunidad de participar del aprendizaje social sin el temor a experimentar las graves repercusiones que podrían ocurrir si uno intentara aprender las habilidades sociales en el mundo normal *verdadero*

b Orientación en este estudio

Las intervenciones psicológicas se caracterizan por la aplicación de medios psicológicos Dentro del área clínica parten de la vivencia y la conducta Los medios

típicos son el diálogo y la relación interhumana como factor para influir (interacción entre el que busca y el que presta ayuda) de esto se desprende que la característica esencial de la intervención está en la influencia ejercida por medios psicológicos y no simplemente en la modificación de procesos psicológicos (Baumann 1994)

Dicho de otra forma en cualquier psicoterapia aparece como factor relevante y clave para el logro de los objetivos la alianza terapéutica Siguiendo esta línea Erickson (1964 citado en Frager y Fadiman 2009) sostuvo que en el proceso terapéutico uno se desenvuelve como profesional y como persona y el paciente se cura como paciente y como persona

Las funciones de la intervención clínica incluyen el desarrollo prevención tratamiento y rehabilitación y posee los siguientes atributos orientada hacia un fin fundamentada teóricamente viable de comprobación empírica y con actuación profesional

Los estados elevados de ansiedad pueden conducir a las personas a buscar ayuda profesional con psicología o psiquiatría especialmente cuando las fuentes de dichos estados corresponden a pensamientos y/o sentimientos reprimidos irracionales que no se corresponden con situaciones objetivas

La literatura lo justifica al considerar la ansiedad como un síntoma clave para la consolidación de diversos trastornos mentales por tanto su tratamiento temprano evita la instalación de patologías más severas (psicológicas o de inmunosupresión) y también por considerarla como un síntoma que en sí mismo requiere atención pues influye directamente en la forma de acercarnos a nuestra realidad por ejemplo en la forma de vernos a nosotros mismos y a nuestras relaciones con los demás

Muchas de las consultas clínicas son en mayor o menor medida por dificultades relacionales que de trasfondo puede conjugar problemas de apego regulación emocional distorsiones cognitivas por lo que trabajar desde la relación puede permitir un potencial mayor de recuperación al servir el Otro de fuente segura de co regulador de desmitificador de distorsiones

Con el fin de brindar una alternativa terapéutica que pudieran ofrecer los psicólogos clínicos en otros contextos no solo en consultorios donde haya mayor demanda de la población y un tiempo disponible limitado y partiendo de la anterior perspectiva sobre lo que abarca la psicología clínica decidimos elaborar un programa de intervención grupal que integrara la evidencia empírica y conceptual del modelo cognitivo conductual y la esencia de la vinculación propia de las terapias de grupo con enfoque humanista y focalizada en las emociones (basada en teorías del apego) hilándose con experiencias lúdicas que facilitaran un aprendizaje significativo conectado y flexible

Principalmente porque al revisar la literatura no encontramos un modelo que satisficiera nuestros objetivos p ej solo se permitían 8 participantes duración de la terapia muy extensa muy amplia en el contenido fenomenológico y muy reducida en cuanto al entrenamiento de técnicas o viceversa lo cual no se ajustaba a la población objetivo y al anhelo de que dicha propuesta pudiera ser recomendada como parte de las políticas de salud en distintos contextos en este caso dirigida a procurar y recuperar la salud emocional de los docentes Es decir que pudiera ofrecerse como una intervención terapéutica válida in situ para promover la salud mental con calidad de vida de forma más efectiva

Para elaborar las sesiones se siguieron la mayoría de los principios de las terapias cognitiva conductual (Jaen 2000) orientada en el presente corta duracion importancia de la medicion de la responsabilidad de la colaboracion y de la didactica tendencia a la independencia del paciente apuntando al sintoma valoracion de cambios continuos retos a la posicion del paciente continuidad del tratamiento retroalimentacion del paciente

Se emplearon las siguientes tecnicas dinamicas de grupo dinamicas ludicas y de arteterapia exposiciones dialogadas plenarias psicodrama role-playing tareas para la casa respiracion diafragmatica respiracion alternada *actuar como si* modelamiento ensayos visualizacion relajacion progresiva jerarquia de la ansiedad ABC de Ellis imagenes racionales emotivas autoinstrucciones entrenamiento en asertividad cinematerapia y prevencion de recaidas en un ambiente vinculante y ludico

D Sintesis sobre la ansiedad-estado y la terapia de grupo

Para todos es conocido que existen profesiones que por la naturaleza de sus funciones son vulnerables a situaciones de estres y ansiedad Actualmente segun el Centro de Estudios Especializados en Trastornos de Ansiedad (CEETA) la docencia esta calificada como una de las profesiones en la que quienes la ejercen son vulnerables a sufrir un trastorno de ansiedad Segun Martinez-Otero (2003) en el ambito escolar se han extendido los problemas de estres ansiedad y depresion que se traducen frecuentemente en bajas laborales

Vadala (2013) reafirmo que los anteriores problemas ocupan los primeros puestos de

enfermedades que causan la baja laboral seguido por las enfermedades otorrinolaringológicas y las oseo- muscular Asociado que existen riesgos para la salud propio del ejercicio de la profesión por la responsabilidad y dedicación que exige principalmente por lo concerniente a las relaciones interpersonales que se establecen con los diferentes miembros del sistema educativo (directivos colegas padres alumnado)

El docente a diario se enfrenta a un conjunto de estresores frustraciones laborales debido al Sistema organización del trabajo y la presión por cumplir las expectativas y objetivos del año lectivo la desproporción entre las exigencias y los recursos disponibles para desarrollarlas las cargas emocionales derivadas de la relación con sus alumnos y sus padres de familia y de la interacción con sus colegas el creciente número de casos de necesidades educativas especiales en las aulas de clases sin contar con preparación para atenderlos la falta de prestigio social (incluso dentro del gremio en base a la especialización infantil básica media universidad) remuneración desproporcionada y situaciones en su vida personal como la separación de sus familias conformadas etc

Con mucha frecuencia los educadores al no ver logrados sus objetivos y al no contar con espacio seguro para manejar esas dificultades perciben que no tienen recursos suficientes en sí mismos para enfrentarlos y por tanto desarrollan estados psicológicos (como la ansiedad) contraproducentes a un óptimo desempeño como consecuencia de aquellas circunstancias especialmente si presentan un componente de vulnerabilidad Manifestándose en síntomas somáticos y en sus actitudes y en el

peor de los casos desarrollando un trastorno psicopatológico como la fobia escolar (Martínez-Otero 2003 y Urbano 2014)

Con base en las reflexiones anteriores es lógico inferir que el nivel de ansiedad-estado será más elevado en individuos que ejerzan profesiones demandantes (vulnerables a cambios imprevistos estrés emocional múltiples funciones horario extendido alta responsabilidad otros) pero a la vez cualquier persona que se entrene para poseer un repertorio más amplio de estrategias de afrontamiento contra las demandas ambientales (en sentido amplio) disminuirán su nivel de ansiedad-estado pues el mismo es situacional y no un rasgo caracterológico

Spielberger (1980) explicó que los tratamientos para reducir la ansiedad se pueden dividir en dos grandes categorías los destinados a reducir directamente los estados de ansiedad y los que intentan modificar las evaluaciones de las situaciones que provocan ansiedad de manera que parezcan menos amenazadoras Nuestra intervención integra ambas perspectivas de tratamiento y además al realzar el factor vincular (fundamentado en nuestra naturaleza social) que permite la co-regulación emocional y la reconstrucción de esquemas inadaptados podemos predecir que una modalidad grupal de terapia potenciarán los efectos de la intervención con orientación cognitiva-conductual

Prevedemos que el tratamiento ayudará a los participantes a lograr mayor autonomía a adquirir estrategias asertivas para resolver conflictos a tener una visión más amplia (pensamiento alternativo) a aprender a controlar pensamientos distorsionados ansiosos a regular las manifestaciones somáticas a través de la respiración y a

concebir un locus de control interno. De esta manera, los participantes asumirán una sensación de control saludable que les permitirá percibir recursos psicológicos suficientes para hacerle frente a la ansiedad (Caballo, 2007) y lo harán desde la co-regulación emocional a través del trabajo entre pares en una terapia grupal con componentes lúdicos, lo cual potenciará sus sentimientos de autoeficacia al percibirse también útil para otros.

E Breve descripción de la muestra

a Desarrollo psicosocial según E. Erickson (1963)

Corresponde a la adultez intermedia (de 25 a 64 años de edad) y se caracteriza por el conflicto *generatividad contra estancamiento*, donde el individuo busca ser productivo y creativo en muchas áreas de la vida, especialmente en aquellas donde se evidencie el compromiso íntimo con los demás a través de una preocupación por guiar y apoyar a la generación siguiente (p.ej. paternidad, profesiones como educador, donde se precise ser necesitado, pues somos una especie que enseña). Si el individuo no amplía su esfera de intereses, productividad y creaciones, generará un sentimiento de estancamiento, aburrimiento y empobrecimiento interpersonal. La creatividad es concebida como un antídoto contra la ansiedad (Torrance, 1965, citado en Reynolds, 2011).

Un adulto altamente generativo a menudo cuenta con una historia de compromiso, siente que ha disfrutado de una buena vida y desea aliviar el sufrimiento de los demás dedicándose así a la mejora social. Por ende, en esta etapa se hace importante la

participacion de los individuos en instituciones sociales pues proveen de continuidad de conocimientos y da la estructura de una generacion a otra

La virtud que emerge si se resuelve con exito el conflicto es el *cuidado/ interes* que implica hacer algo por alguien entendido como la preocupacion general por algo que ha surgido por amor necesidad o interes Debido a esta particular caracteristica psiquica de la muestra se reafirma la justificacion de una intervencion con modalidad grupal recordando tambien que cada etapa es una crisis de aprendizaje que permite la adquisicion de nuevas habilidades y aptitudes estas crisis o conflictos son momentos de decision entre avance o retroceso entre integracion o aislamiento

b Desarrollo cognoscitivo

Segun Piaget (1958) la etapa ultima por la que atraviesa el ser humano en su camino al desarrollo cognitivo es la etapa de operaciones formales la cual se da desde los doce años en adelante

El individuo comienza a desarrollar una vision abstracta del mundo que lo rodea y un mejor entendimiento del mismo ademas emplea la logica formal A este punto se tiene claro el concepto de reversibilidad y la conservacion de los eventos u objetos que el individuo perciba en su entorno y logra entender los conceptos de la causa y efecto Esta etapa se caracteriza por la capacidad del sujeto para hacerse cuestionamientos y generar hipotesis que luego son contrastadas con la practica y por la busqueda de soluciones a los problemas que se le presente

Posterior a los aportes de Piaget se planteo el constructo pensamiento posformal el cual se define como un tipo de pensamiento que se basa en la experiencia subjetiva la intuicion y la logica y es util para manejar la ambigüedad la incertidumbre la inconsistencia la contradiccion la imperfeccion y el compromiso Se refleja como un pensamiento flexible abierto adaptativo e individualista tendiente a ver matices entre *el negro y el blanco* y a mejorar la capacidad para el manejo de la informacion del contexto social

Jann Sinnott (1998 citado en Papalia 2005) propuso criterios del pensamiento posformal herramienta de cambio (habilidad de alternar entre un pensamiento abstracto y uno basado en consideraciones practicas) causalidad y soluciones multiples (interaccion de factores) pragmatismo (elegir la mejor de varias soluciones reconociendo criterios para su evaluacion) y conciencia paradójica (reconocimiento que un problema o solucion implica un conflicto inherente)

Por su parte Warner Schaie (1977-1978 citado en Papalia 2005) propuso un modelo del desarrollo cognoscitivo durante el ciclo vital destacando que las etapas giran en torno a los objetivos de vida desde la adquisicion de informacion y habilidades hasta la busqueda de significado y proposito Segun la edad de nuestra muestra deben estar atravesando la etapa de responsabilidad (30 a 60 años) y la etapa ejecutiva (30 o 40 años hasta el final de la mediana edad) En estas las personas despliegan la siguiente característica utilizan su mente para resolver problemas practicos asociados con la responsabilidad para con otros haciendose responsable de sistemas sociales o de movimientos sociales (muy similar a la etapa de generatividad de Erikson)

c Generalidades de la labor docente

El Ministerio de Educacion conjuntamente con las universidades oficiales coordina planifica y organiza todo lo concerniente a la formacion docente Esta formacion se lleva a cabo en instituciones a nivel superior denominadas centros de formacion docentes y en las universidades con un promedio de 4 años de formacion En Panama todo docente que trabaja en el sistema educativo oficial es considerado servidor publico mientras que en las universidades particulares se le percibe como un docente de educacion particular

La Ley 47 de 1946 Organica de Educacion con las adiciones y modificaciones introducidas por la Ley 34 de 6 de julio de 1995 en su Articulo 270 expresa La formacion del docente panameño debe establecer perfiles hacia el logro de un educador capaz de preservar y enriquecer su salud fisica mental y social comprometido con los valores civicos eticos morales sociales politicos economicos religiosos y culturales dentro de un espiritu nacionalista con amplia vision del universo con sentimientos de justicia social solidaridad humana vocacion docente y actitud critica creativa y cientifica en el ejercicio de la profesion (Sistema Nacional Educativo de Panama 2002)

Aqui observamos la posible incongruencia entre lo que se espera se exige y se ofrece realmente en los centros educativos Desde la experiencia previa en el trabajo con docentes hemos podido percibir sus sentimientos de inconformidad con las regulaciones existentes donde se sienten esclavos de un sistema sin oportunidad de cuidarse a si mismos

En el Ministerio de Educacion las condiciones para el nombramiento de los docentes son las siguientes

Interino (conocido como TEFA) corresponde al nombramiento que se hace generalmente hasta finalizar el año escolar por ejemplo para cubrir una licencia por gravidez. En otros casos el titular puede tomar licencia por estudios o para ocupar otra posición dentro del sector educativo. Esta situación permite que la interinidad dure más de un año.

Probatorio se refiere al nombramiento que se hace por dos años consecutivos si la evaluación del docente es satisfactoria logra permanencia en el cargo.

Nombramiento permanente se otorga cuando el docente cumple satisfactoriamente sus dos años de período probatorio o cuando ha trabajado por varios años como interino y ocupa una posición permanente cuyo nombramiento se hace efectivo con solo un año de labor en dicha plaza.

Al igual que en otras profesiones los docentes desean sentirse satisfechos con su labor, tener éxito económico y el reconocimiento de los demás, aunque se posean las capacidades y el entrenamiento necesario para desempeñarse efectivamente, la competencia puede producir niveles de ansiedad significativos, sobre todo cuando la misma se liga a su valía personal.

En el ejercicio de la educación se identifica como fuentes de tensión el poco reconocimiento social actual, largas horas de trabajo, condiciones inadecuadas de trabajo, presiones de tiempo para lograr objetivos curriculares (sin importar la

receptividad del discente para aprehenderla) remuneración incongruente y alta responsabilidad. Esta conjugación de factores hace que distorsionadamente se perciba escasez de recursos personales para hacerles frente dando paso a reacciones de ansiedad que si no se atienden oportunamente casuísticamente pueden derivar en psicopatologías.

Capítulo II

CAPITULO II

METODOLOGIA

A Planteamiento del Problema

Si partimos del supuesto que todo comportamiento normal o patológico surge de la forma en que interpretamos los acontecimientos y que existe una relación muy estrecha entre los afectos la conducta y los pensamientos podemos suponer que los síntomas de ansiedad-estado están muy relacionados con la forma en que las personas perciben y afrontan sus realidades (internas y externas) e inferir que si las personas reciben entrenamiento para un afrontamiento saludable contra las tensiones los niveles de ansiedad-estado disminuirán. Por tanto nos interesa valorar

¿Que influencia tiene un programa de intervencion grupal orientada cognitiva-conductualmente, sobre la ansiedad-estado de docentes de la region de Panama Oeste?

a Objetivos Generales

- 1 Valorar la efectividad que tiene un programa de intervencion grupal orientada cognitiva- conductualmente sobre la ansiedad-estado de docentes de la region de Panama Oeste
- 2 Fomentar el uso de esta intervencion en la practica clinica y en los centros educativos

b Objetivos Especificos

- 1 Analizar el concepto de ansiedad-estado especificando los estímulos ansiógenos personales en los participantes y sus recursos protectores que les permiten hacerle frente

- 2 Contrastar la influencia del pensamiento negativo vs el adaptativo en la percepcion subjetiva de ansiedad-estado de los docentes
- 3 Estimar la efectividad de la Terapia de Grupo orientada cognitiva conductualmente en la disminucion del nivel de ansiedad-estado en los docentes
- 4 Sensibilizar al cuerpo sanitario con los temas subyacentes a la ansiedad-estado en docentes de manera que se incentiven a brindar una atencion mas humana basada en las necesidades de la poblacion descritas en los resultados del estudio
- 5 Sensibilizar al cuerpo educativo con los temas subyacentes a la ansiedad-estado en docentes de manera que establezcan espacios para el cuidado de la salud mental de los educadores

c Preguntas de Investigacion

- 1- ¿Cuales son los factores que contribuyen a la ansiedad-estado de los docentes participantes en el estudio y como los manejan?
- 2 ¿Cual es el nivel de ansiedad estado en los docentes antes y despues del tratamiento y como se relaciona con el tipo de pensamiento que manifiestan?
- 3- ¿Cual es la diferencia en la media de ansiedad-estado de los docentes que participaron del estudio antes y despues de la intervencion?
- 4- ¿Cuanto tiempo de terapia de grupo orientada cognitiva-conductualmente fue necesario para disminuir la ansiedad-estado de los docentes?

5 ¿De que manera se puede impulsar el uso de esta intervencion grupal en la practica clinica y en los centros educativos?

d Hipotesis

d 1 Hipotesis de Investigacion

H_T La terapia de grupo orientada cognitiva-conductualmente disminuye la ansiedad estado

d 2 Hipotesis experimental y estadistica

H₁ Los docentes que reciban terapia de grupo orientada cognitiva-conductualmente obtendran un promedio de ansiedad-estado estadisticamente inferior en el Posttest que el obtenido en el Pretest

$$H_0 \mu_d \leq 0$$

$$H_1 \mu_d > 0$$

1 cola $\alpha = 0.05$

B Diseño de Investigacion

Diseño Preexperimental con un solo grupo y pretest – posttest pues se aplico una intervencion y se midio su influencia sobre la variable dependiente (ansiedad estado)

La muestra no se selecciono al azar (fueron escogidos por conveniencia voluntarios) y no hubo grupo de comparacion (Roberto Hernandez Sampieri 2010)

C Tipo de Investigacion

Este es un estudio Explicativo porque mediante una intervencion busco establecer una relacion de causa y efecto entre la Terapia de Grupo orientada cognitiva conductualmente y la reduccion de los niveles de ansiedad estado en los docentes (teniendo presente las limitaciones del diseño) Tambien puede clasificarse como una investigacion cuantitativa transversal y de campo (Roberto Hernandez Sampieri 2010)

D Definicion de las Variables

(X) Independiente Terapia de Grupo orientada cognitiva-conductualmente

(Y) Dependiente Ansiedad-estado

~Definicion de Variables

✓ Independiente

Conceptual modalidad terapeutica que permite la compresion del si mismo a traves de la interaccion con otros el ensayo de conductas pensamientos y sentimientos mas adaptativos ante las situaciones y la formacion de una base social segura desde donde superar las dificultades Al estar orientada cognitiva conductualmente se entiende a los procesos patologicos como resultados de esquemas mentales y conductas distorsionadas desadaptadas Por tanto la manera de mejorar el malestar del

individuo es reestructurando dichos esquemas y/o modificando conductas a traves del reaprendizaje

Operacional conjunto de ocho (8) sesiones terapeuticas grupales (grupo de tiempo limitado) de 120 minutos cada una en donde se aplicaron tecnicas de respiracion relajacion progresiva de Jacobson visualizacion e imagenes racionales emotivas reestructuracion cognitiva auto instrucciones entrenamiento en habilidades sociales ensayos modelamiento tecnica de *actuar como si* psicodrama y cinematerapia Todo en un ambiente vinculante y ludico

Para evaluar que efectivamente se estaba aplicando la intervencion correctamente nos apegamos al manual elaborado Tambien se realizaron evaluaciones de proceso a los participantes durante el transcurso de la intervencion para valorar que el mensaje transmitido se estuviera interpretando adecuadamente y para mantener una constante retroalimentacion En el apendice encontrara la guia de las sesiones realizadas

✓ Dependiente

Conceptual Condicion o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tension y aprension

subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y a través del tiempo.

Operacional Se midió a través de la cantidad de respuestas positivas (en dirección a la ansiedad-estado) a los ítems presentados en el Inventario de Ansiedad-Rasgo /Estado de Spielberger (IDARE). El punto corte es puntuación T mayor de 60.

También se realizó una entrevista clínica a cada participante para valorar cualitativamente la problemática y entender su contexto (incluyendo la evaluación del estado mental).

E Población y Selección de la Muestra

- 1- Población: docentes de instituciones oficiales de la región de Panamá Oeste.
- 2- Unidad de Análisis: docentes de instituciones oficiales desde 30 hasta 56 años de edad que experimentaban niveles significativos de ansiedad estado (puntuación T >60 en el IDARE reflejado también a través de la entrevista clínica).
- 3 Muestra: no probabilística seleccionada por conveniencia atendiendo al requisito anterior y a la voluntariedad de 12 docentes de institución oficial [Debido a que los docentes fueron los que solicitaron la atención decidimos brindárselas a todos los que cumplieran los criterios de inclusión por ello solo tuvimos un grupo de investigación (no hubo grupo de comparación)].

CUADRO N 2

Aspectos descriptivos de la Muestra. Panama Oeste, 2018

Sujeto	Sexo	Edad	Especialidad	Estado Laboral	Estado Civil
1	M	30	Informatica	Permanente	Casada
2	M	47	Premedia y Media	Permanente	Casada
3	H	52	Maestro de Grado	Permanente	Casado
4	M	51	Premedia y Media	Permanente	Casada
5	M	48	Maestra de Grado	TEFA	Casada
6	H	46	Maestro de Grado	TEFA	Casado
7	H	35	Ingles	Permanente	Soltero
8	M	33	Contabilidad	Permanente	Soltera
9	H	56	Musica	TEFA	Casado
10	H	49	Fisica	Permanente	Casado
11	M	46	Premedia y Media	Permanente	Casada
12	M	45	Maestra de Grado	Permanente	Casada

Fuente: Muestra del Estudio

-Criterios de Inclusion

- ✓ Hombre o mujer entre 30 y 56 años de edad
- ✓ Obtener puntaje promedio o bajo en la escala de ansiedad-rasgo del IDARE
(como medida de control)
- ✓ Docente de escuelas oficiales
- ✓ Residente en la region de Panama Oeste
- ✓ Solicitar participar de un programa para el manejo de la ansiedad
- ✓ Haber firmado el consentimiento informado para participar del estudio

-Criterios de Exclusion

- × Presentar retraso mental o diagnostico psiquiatrico
- × Consumir sustancias psicoactivas de forma continua
- × Negarse al consentimiento informado
- × No asistir a las sesiones programadas

F Técnicas de Medicion

En primer lugar se realizo una entrevista clinica individual a cada docente para conocer las particularidades psicicas y socio-geograficas de cada uno en esta entrevista se incluyo un examen del estado mental En las distintas fases del estudio se observo comportamentalmente a los participantes para luego poder contrastar su conducta con los otros datos recogidos y asi poder realizar un analisis integrado de los resultados

El instrumento utilizado para medir la variable dependiente (ansiedad-estado) fue el Inventario de Ansiedad Rasgo/ Estado version en español de Charles Spielberger el cual permite investigar los fenomenos de ansiedad en sujetos adultos normales estudiantes de secundaria y bachillerato y en pacientes neuropsiquiatricos medicos y quirurgicos Esta constituido por dos escalas separadas de autoevaluacion que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad (A-Rasgo y A Estado pueden usarse independientemente y aplicarse de forma individual o colectiva)

Cada escala consta de 20 items que puntuan en cuatro puntos dando un total entre 20 a 80 puntos (puntuacion directa) que luego son transformados a puntuacion T la escala Estado esta balanceada con 10 items directos y 10 inversos El coeficiente alfa de Cronbach es de 0.83 a 0.92 (dependiendo los tipos y grados de tension al que fueron sometidos los sujetos en los estudios de confiabilidad) La puntuacion T tiene una media de 50 y una desviacion de 10

La escala Estado puede referirse a un momento específico por tanto decidimos expresar la siguiente instrucción *Como se siente cuando esta en el aula de clases* para así especificar los niveles de ansiedad estado en torno al ejercicio de su profesión por considerarse factor clave para la producción de ansiedad en los participantes. De esta forma también se contribuía a que las respuestas fueran más reales pues si se daba la instrucción tradicional *en este momento* se corría el riesgo de que los puntajes no fuesen significativos (puntuación $T > 60$)

G Procedimiento

El primer paso para llevar a cabo este estudio fue elaborar el proyecto de investigación (que queríamos hacer como donde y en cuánto tiempo) luego procedimos a solicitar los permisos pertinentes y la autorización de los participantes. Se contactó a los docentes vía telefónica para solicitarle reunirse personalmente en esa cita se les explicó lo que se deseaba lograr con el estudio se les presentó el consentimiento informado por escrito el cual al ser aceptado mediante su firma nos confirmaba que sería un participante del estudio luego de ello se les realizó la entrevista clínica. El trabajo de campo atravesó por tres fases descritas a continuación

1ª Período de Introducción se realizó durante una sesión de 60 minutos. Consta de dos partes a Aplicación del Pretest y b Directrices del Experimento se les explicó brevemente el modelo y la modalidad de terapia a utilizar la cantidad de sesiones y la duración de cada una

2ª Periodo de Tratamiento se realizaron ocho (8) sesiones grupales de 120 minutos cada una. En esta fase se intervino con orientación cognitiva conductual enfatizando el factor vinculante e incluyendo aspectos lúdicos. Se empezó con el establecimiento del rapport siguiendo con el contrato psicológico, las explicaciones conceptuales y la aplicación de las técnicas mencionadas con anterioridad. Los participantes pudieron aprender las técnicas para auto aplicárselas y otras técnicas para emplearlas en sus aulas de clases, pues se identificó que la interacción docente alumno (especialmente el manejo emocional de estos) era uno de los factores relevantes en la ansiedad-estado de los docentes (sentirse incapaz por no saber cómo manejarlos y ayudarlos).

Entre la fase II y la fase III se dejó una semana libre (para garantizar el tiempo apropiado entre el tratamiento y la medida posttest)

3ª Periodo de Evaluación se realizó en una sesión de 60 minutos, constó de dos partes: a) Aplicación del Posttest y b) Brindis (como agradecimiento por su colaboración).

Finalizado el trabajo de campo se procedió a analizar e integrar toda la información obtenida por las distintas fuentes y a levantar el informe preliminar para su corrección. Una vez fue aprobado se redactó el presente informe final y se sustentó el trabajo realizado.

H Procedimientos para garantizar los aspectos eticos en esta investigacion

Antes de iniciarse la investigacion cada participante debio llenar un consentimiento informado sin el cual no podia ser parte del estudio De forma oral tambien se les explico el procedimiento de la investigacion y lo que podia suceder se resguardo el tema de la confidencialidad al no colocar sus nombres de pila en este informe Tambien se realizo un contrato psicologico para el compromiso entre los participantes

Si durante el transcurso del estudio algun participante deseaba retirarse (aun cuando habia consentido en un inicio) estaba en la libertad de hacerlo (mas no ocurrio) Finalizado el estudio se tuvo una reunion individual para compartirles sus resultados

A un docente se le sugirio atencion individual (por duelo no resuelto) y a una docente consulta legal (por tema de guarda y crianza) Si se hubiese detectado algun caso de abuso se seguiria el procedimiento que estipula la Ley

Capítulo III

CAPÍTULO III

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los resultados se presentan mediante el diseño estadístico Diferencias de Medias Dependientes entre el antes y después del grupo intervenido. Esta exposición la hemos dividido en tres apartados:

A. Estadísticas Descriptivas

El primer paso para analizar nuestros resultados fue ordenar los puntajes obtenidos por los docentes en el pretest y postest en tablas de frecuencias y se les calculó la media y la desviación estándar, de cada medición. Luego, estos resultados se transfirieron a gráficas para facilitar su comprensión. También presentamos la significancia clínica de los puntajes T obtenidos en el IDARE en cada medición.

CUADRO N°3

Tabla de Frecuencia de los
puntajes correspondientes al nivel de
Ansiedad-Estado de una muestra de
12 docentes, en el Pretest. Pmá. Oeste, 2018

I	F
60-64	5
65-68	3
69-72	3
73-76	1
Σ	12
Media	S
66,42	5,16

Fuente: Pretest muestra del estudio

CUADRO N°4

Significancia clínica de
los puntajes obtenidos en el Pretest.
Pmá. Oeste, 2018

Rango	f	Categoría Descriptiva
<- 29	0	Ansiedad muy Baja
30-39	0	Ansiedad Baja
40-60	0	Ansiedad Promedio
61-70	8	Ansiedad Alta
71->	4	Ansiedad muy Alta

Fuente: Pretest muestra del estudio

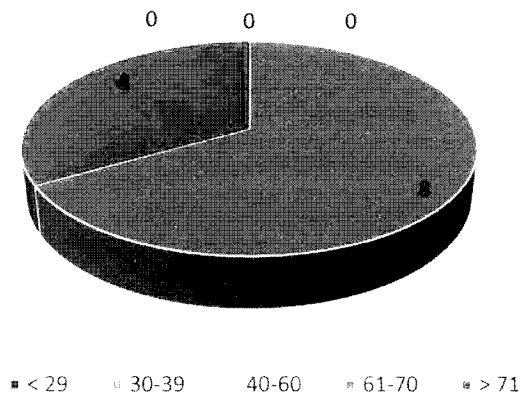
Observamos que antes de la intervención grupal, la mayoría de la muestra obtuvo en el IDARE, una puntuación T correspondiente a un *nivel alto de ansiedad-estado*; cuatro (4) docentes puntuaron en un *nivel muy alto de ansiedad-estado*. Esto nos indica que,

aun cuando la muestra no presentaba un trastorno de ansiedad (criterios diagnósticos no cumplidos), los niveles de ansiedad eran significativos y estaban limitando su desempeño diario y su bienestar emocional. Se identificaron manifestaciones somáticas importantes asociadas a la ansiedad experimentada.

A continuación, presentamos su gráfica correspondiente.

Gráfico Circular de los puntajes T obtenidos en el IDARE, por la muestra del estudio, en el Pretest. Panamá Oeste, 2018

GRÁFICO N°1.
Frecuencia de los puntajes T obtenidos por la muestra del estudio en el Pretest. Panamá Oeste, 2018



Fuente: Pretest muestra del estudio

CUADRO N °5
Tabla de Frecuencia de los puntajes correspondientes al nivel de Ansiedad-Estado de una muestra de 12 docentes, en el Postest. Panamá Oeste, 2018

I	f
28-35	3
36-42	4
43-49	2
50-57	3

Σ 12

Media	S
41,5	7,83

Fuente: Postest muestra del estudio

CUADRO N°6
Significancia clínica de los puntajes obtenidos en el Postest,
Panamá Oeste, 2018

Rango	F	Categoría Descriptiva
<- 29	1	Ansiedad muy Baja
30-39	4	Ansiedad Baja
40-60	7	Ansiedad Promedio
61-70	0	Ansiedad Alta
71->	0	Ansiedad muy Alta

Fuente: Postest muestra del estudio

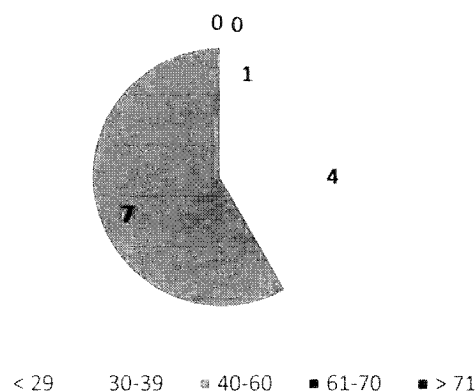
Luego de la terapia de grupo, se observó una disminución del nivel de ansiedad-estado en los sujetos participantes del estudio. La mayoría obtuvo un puntaje T en el IDARE que corresponde a un *nivel promedio de ansiedad-estado* (adecuado); cuatro (4) docentes puntuaron en un *nivel bajo de ansiedad-estado* y uno (1), en un *nivel muy bajo de ansiedad*. Estos puntajes nos sugieren que la intervención terapéutica fue efectiva.

A continuación, presentamos su gráfica correspondiente.

Gráfico Circular de los puntajes T obtenidos en el IDARE, por la muestra del estudio, en el Postest. Panamá Oeste, 2018

GRÁFICO N°2.

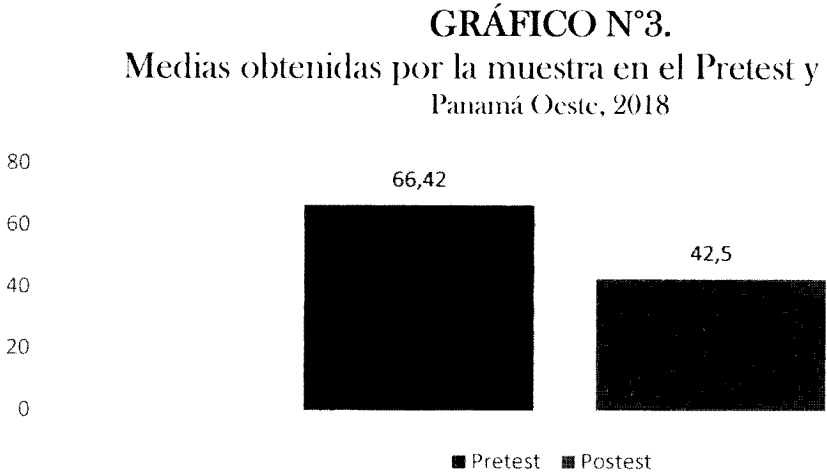
Frecuencia de los puntajes T obtenidos por la muestra del estudio en el Postest. Panamá Oeste, 2018



Fuente: Postest muestra del estudio

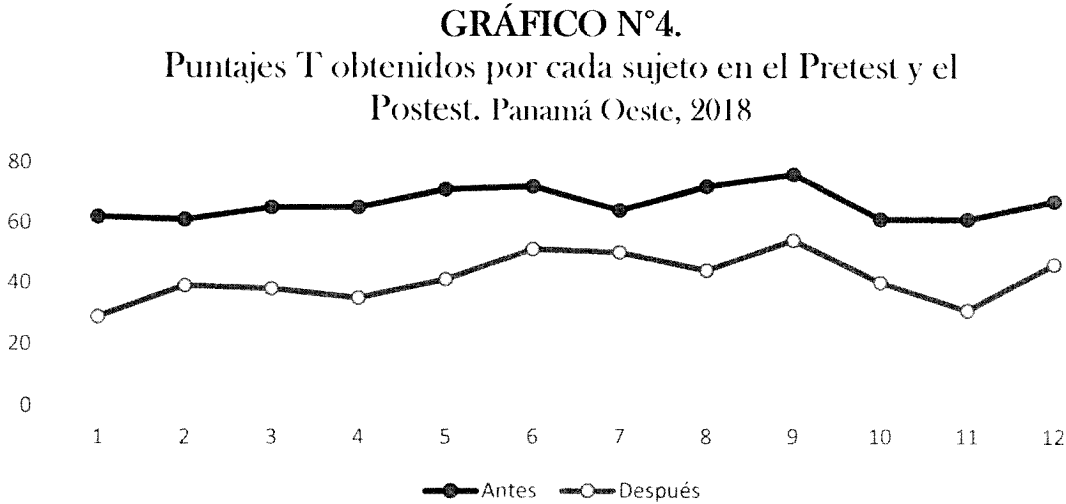
En los gráficos siguientes observaremos claramente la diferencia entre los puntajes obtenidos por la muestra antes y después de la intervención terapéutica, constatándose que, luego de la misma, en cada sujeto hubo una disminución significativa de la ansiedad-estado, sugiriendo así, que la terapia de grupo fue efectiva.

Gráfico de Columna de las medias obtenida por la Muestra en el Pretest y Postest. Panamá Oeste, 2018



Fuente: Pretest y Postest de la muestra del estudio

Gráfico Lineal para los puntajes T antes y después de la Terapia de Grupo. Panamá Oeste, 2018



Fuente: Pretest y Postest de la muestra del estudio

B Estadísticas Inferenciales

Considerando que los datos se distribuyen normalmente utilizamos la distribución muestral t de Student la cual tiene una tabla asociada con las probabilidades para cada uno de los valores estandarizados t

Por medio de este estadístico pudimos realizar la prueba t de Student (H_1 y H_0) para dos muestras correlacionadas y así determinar si existía diferencias estadísticamente significativas entre ambas mediciones

Prueba de Hipótesis

PRUEBA DE HIPÓTESIS ENTRE EL PRETEST Y EL POSTEST DE LA MUESTRA

ANSIEDAD ESTADO				
SUJETO	ANTES	DESPUES	D	D ²
1	62	29	33	1089
2	61	39	22	484
3	65	38	27	729
4	65	35	30	900
5	71	41	30	900
6	72	51	21	441
7	64	50	14	196
8	72	44	28	784
9	76	54	22	484
10	61	40	21	441
11	61	31	30	900
12	67	46	21	441
Σ (Σ) ²			299 89401	7789

Regla de decisión

Rechazar H_0 si t_0 es $> a$ 1 80

1 cola α 0 05

<i>ANSIEDAD-ESTADO</i>	<i>ANTES</i>	<i>DESPUÉS</i>
Media	66,42	41,50
Varianza	26,63	61,36
Observaciones	12	12
Coeficiente de correlación de Pearson	0,71	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	11	
Estadístico t	15,55	
P(T<=t) una cola	0,00000000	
Valor crítico de t (una cola)	1,80	
P(T<=t) dos colas	0,00000001	
Valor crítico de t (dos colas)	2,20	

Prueba de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas							
		Media	Desviación estandar	Media de error estandar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
					Inferior	Superior			
Par 1	VAR00001 - VAR00002	24.91667	5.55073	1.60236	21.38990	28.44343	15.550	11	.000

Como se observa en las tablas (cálculo en Excel y en SPSS V₂₄), la t_0 fue mayor de la t_c , por tanto, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la alterna. **Los docentes que participaron de la terapia de grupo disminuyeron sus niveles de ansiedad-estado, luego del tratamiento.**

El valor p obtenido fue de $p = 0,00$ lo cual indica una significancia estadística menor al alfa 0,01; es decir, los datos fueron estadísticamente significativos a una mayor rigurosidad de comprobación.

C. Discusión de los resultados

Es necesario que partamos de la limitante inherente a nuestro diseño de investigación: el pre experimento es el nivel más bajo de los estudios experimentales por tener el mínimo control experimental, el hecho de no tener un grupo de comparación debilita la validez de sus resultados, pero el haber realizado dos mediciones (antes y después) permitió tener una línea base de funcionamiento de los sujetos que nos ofreció más

seguridad al interpretar los resultados porque por lo menos cada sujeto se compararia consigo mismo

Se intentaron controlar las variables extrañas al seleccionar una muestra lo mas parecida posible en cuanto la predisposicion a la ansiedad (ansiedad-rasgo) su profesion (docentes) y horario de trabajo (vespertino) al conocer las particularidades de cada participante para considerarlas a la hora de interpretar los resultados al tener varias fuentes de informacion y no solo el puntaje en la prueba (que reduce el *falseo en la prueba*) al tener un instrumento de medicion con buenas propiedades psicométricas al ser rigurosos a la hora de emplear la terapia y con el mismo proceso de investigacion (p ej tiempo transcurrido entre una medida y otra pero no tan largo para evitar la amenaza *historia* al no haber grupo de comparacion) al tener un amplio rango de edad diferentes sexos y especialidades academicas se contribuyo a que la muestra fuera mas representativa de la poblacion y al presentar la guia de las sesiones es posible replicar esta investigacion Por otro lado no hubo mortandad experimental y como complemento al analisis estadistico tambien se realizo un analisis clinico

Luego de realizado el analisis estadistico podemos indicar que la Terapia de Grupo es efectiva para disminuir los niveles de ansiedad-estado resalta la gran diferencia estadisticamente significativa ($p \text{ value} = 0.00$) lo cual nos permite predecir que esta modalidad de intervencion terapeutica es prometedora para el tratamiento de dolencias asociadas a la ansiedad

Esta inferencia se potencia más al constatar que los niveles de ansiedad-rasgo también disminuyeron de manera significativa lo cual nos sorprendió, ya que no era el objeto de atención y solamente se aplicó la escala como medida de control (pero es entendible por el tipo de intervención realizada):

<i>ANSIEDAD-RASGO</i>	<i>ANTES</i>	<i>DESPUÉS</i>
Media	48,33	46,58
Varianza	42,24	33,72
Observaciones	12	12
Coeficiente de correlación de Pearson	0,90	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	11	
Estadístico t	2,12	
P(T<=t) una cola	0,029	
Valor crítico de t (una cola)	1,80	
P(T<=t) dos colas	0,058	
Valor crítico de t (dos colas)	2,20	

Con estos datos vemos con buen pronóstico el empleo de esta terapia de grupo como alternativa terapéutica para ser usada en contextos diferentes a un consultorio, como centros de salud, escuelas, centros comunitarios, etc., donde haya gran volumen de pacientes y pocos profesionales, o no se cuente con suficiente tiempo para realizar psicoterapia individual, o como un programa preventivo de patologías en miras de una mejor salud pública, pues, aunque existen estipulaciones en las leyes, en la práctica no se llevan a cabo.

El tiempo necesario para que la terapia de grupo sea efectiva requiere como mínimo ocho (8) sesiones de 120 minutos cada una, donde el ambiente terapéutico debe propiciar confianza, validación de sentimientos y reconexión, lo cual contribuye a estructurar una base segura desde donde profundizar en los conflictos, para intentar entenderlos, aceptarlos e integrarlos a sus historias de vida a través del empleo de

diversas técnicas cuyo reflejo en la realidad será un manejo funcional de la ansiedad sacándole provecho a su función adaptativa

Podemos decir que el haber logrado una alianza terapéutica sólida con los participantes y facilitar la cohesión grupal fueron los factores claves para lograr cambios significativos (especialmente a esa gran diferencia) aunado a la motivación de los docentes y a su compromiso con la terapia. Al cierre de la misma los docentes hicieron hincapié en la necesidad de establecer políticas para el cuidado de la salud mental en los distintos lugares de trabajo

Durante el proceso se pudieron identificar los siguientes estímulos que los docentes percibían como amenazantes y que desencadenaban sus respuestas de ansiedad: pasar poco tiempo con su familia, problemas de comunicación con sus parejas, dificultades emocionales y conductuales de sus hijos, la carga horaria laboral, la no validación de sus estudios de actualización y formación si no correspondían a su puesto actual, los pagos atrasados tanto de salario como de viáticos, inestabilidad del ingreso familiar, altas exigencias y pocos recursos para realizarlos (incluyendo programas como **Aprendo al Máximo** donde muchas veces les tocaba invertir sus recursos económicos para aprender disciplinas que les asignaban impartir sin ser de su especialidad), el no tomarlos en cuenta para la implementación de programas (los programas vienen de la central, no de un estudio de campo), alta demanda de atención a la diversidad sin recibir orientación científica de parte de su institución educativa, el sistema que los obliga orientarse a los resultados sin importar los procesos (no poder alcanzar los objetivos curriculares por las necesidades del alumnado), responsabilidades imprevistas, dificultades en la relación con directivos, colegas

padres de familia y dificultades emocionales y conductuales de sus estudiantes a quienes no saben como ayudar. Tambien llegar tarde tener que aceptar los requerimientos de otros (pues creian que no era profesional negarse a peticiones)

Como vemos estos estímulos amenazantes son muy parecidos a los mencionados en las conclusiones de las investigaciones y textos consultados. Aunque los docentes disfrutaban de su vocación y servicio, el estar expuestos de forma constante a aquellos estresores les aumentaba la frecuencia de respuestas ansiosas. Sus formas de manejar tales situaciones tensionantes eran a través de la negación, la evitación, la religión, el uso de medicamentos (Tafil) y realizando conductas gratificantes como hacer *Windows shopping* en su mayoría solo efectivas a corto plazo.

Al inicio del tratamiento presentaban niveles altos y muy altos de ansiedad estado que se asociaron a pensamientos ansiosos de catastrofización, de generalización de pensamiento todo o nada, de inferencias arbitrarias, de personificación, de perfeccionismo, indefensión aprendida, de minimización de recursos/ filtro negativo, maximización de sus errores, lectura de pensamiento y constantes autocríticas.

Es decir, sus pensamientos rígidos y de preocupación les predisponían a percibir las situaciones como peligrosas o potencialmente dañinas que elevaban su sensación desagradable y se evidenciaron en los puntajes significativos en el IDARE que obtuvieron todos los participantes.

En la dimensión somática se percibieron los siguientes problemas: resfriados frecuentes, insomnio, irritabilidad, problemas digestivos, hipertensión, dificultad para fijar información, dolores de cabeza, de espalda, aceleración cognoscitiva, aceleración

de la frecuencia respiratoria y cardiaca problemas de concentracion y fatiga y dificultades sexuales que remitieron espontaneamente o que se dieron esporadicamente (poca lubricacion vaginal dolor durante el coito disminucion del deseo sexual eyaculacion precoz)

A pesar de que no cumplian criterios para el diagnostico de un trastorno de ansiedad la ansiedad experimentada era limitante o paralizante es decir estaba afectando su estabilidad emocional y su desempeño y por tanto se indicaba atencion psicologica Ejemplificamos dicha inferencia con unas viñetas clinicas *Estaba con mi esposo (relaciones sexuales) y me acorde que no habia subido las calificaciones al Meret ,me entro una angustia! ,como voy a ser irresponsable! pues nada el momento se esfumo* Otro profesor comento *como y como mas que antes y he tomado medicamentos para poder dormir y tranquilizarme*

De forma subyacente a los pensamientos antes descritos se lograron rastrar los siguientes temores los cuales eran los que realmente motivaban la respuesta ansiosa temor a equivocarse a que se devalue su importancia a no ser reconocidos a que se piense mal de ellos a perder su status social a dejar de ser aceptado aprobado constantes sentimientos de inseguridad de soledad de no ser suficiente de impotencia y de culpa Y necesidades afectivas no satisfechas como tener a alguien con quien compartir y ser necesarios para alguien o algo

Posterior a la terapia los docentes se observaban calmados con un tono muscular relajado la expresion facial congruente y espontanea con pensamientos flexibles (aparecieron los *me gustaria* en lugar de los *deberias*) atentos con mayor lapso

de concentracion con capacidad para disfrutar del momento para manejar las eventualidades con humor se sentian comoditos con su interaccion y se retroalimentaban mutuamente sobre todo cuando alguno desplegaba una conducta no adaptativa lograban modificar los pensamientos ansiosos y automaticos por pensamientos alternos y adaptativos

Se les veia utilizando por iniciativa propia las tecnicas enseñadas y pudieron extrapolar a sus hogares y aulas de clases su nueva forma de percibir Personas ajenas al grupo les comentaban lo diferente que se veian ahora les compartian su sorpresa por el cambio percibido Ellos se sentian mejor consigo mismos con mayor dominio de sus vidas (asumiendo sus derechos asertivos) y con mayor capacidad de conexion empatica Los sintomas somaticos tambien remitieron o disminuyeron en cuanto frecuencia y/o intensidad

Como anecdotita una docente compartio como pudo manejar un conflicto familiar al estar ella desde una postura mas realista viendo en si recursos para hacerle frente a la demanda y experimentando como su propia calma provocaba calma en los demas y de esa forma valiendose de la asertividad les fue mas facil encontrar una solucion al conflicto en conjunto

Esto es un reflejo de como despues de la terapia los docentes exhibian una forma de procesamiento mas flexible con pensamientos mas adaptativos que les permitia hacerles frente a las demandas de su entorno de forma mas funcional y con menor reactividad lo cual pudo evidenciarse en los puntajes muy bajos bajos y promedios obtenidos en el IDARE luego de la intervencion

En definitiva tanto clínica como estadísticamente la terapia de grupo logra disminuir la ansiedad-estado en los docentes con la ganancia secundaria de una red sólida de apoyo social

Capítulo IV

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

Luego de finalizar nuestro estudio podemos establecer las siguientes conclusiones

- 1 Tal como se describe en la literatura los estados de ansiedad son reacciones dentro de un engranaje de interacciones entre las demandas (externas o internas) y la persona (interpretaciones de amenaza experiencias previas evaluaciones recursos) que se experimentan como desagradables durante un periodo de tiempo definido es decir son situacionales transitorios y variaran en intensidad durante el tiempo dependiendo de la tension a la que se enfrenta la persona. Ademàs es acompañada de manifestaciones somaticas conductuales y psicoemocionales.
- 2 Esta ansiedad cumple su funcion adaptativa cuando su intensidad es proporcional a la magnitud del daño percibido y motiva a la consecucion de objetivos pero si resulta mas intensa frecuente y duradera se convierte en patologica provocando malestar clinicamente significativo al limitar el desempeño y la adaptacion.
- 3 La ansiedad-estado puede predecirse en funcion del nivel de ansiedad rasgo pues esta es mas estable y predispone a interpretar los sucesos como amenazantes o peligrosos y por tanto a generar estados de ansiedad. No obstante niveles elevados de ansiedad-estado aunque no esten aunados a un nivel elevado de ansiedad rasgo deben ser tratados porque la cronicidad de un estado de ansiedad puede derivar en padecimientos organicos o psicicos.
- 4 Son muchas las situaciones asociadas al ejercicio de la docencia y a la falta de espacio para compartir con sus familias que son percibidas como amenazantes y

les produce ansiedad estado Se rastreo que de forma subyacente a la interpretacion de amenaza (pensamientos ansiosos) estan el temor a equivocarse a que se devalue su importancia a no ser reconocidos a que se piense mal de ellos a perder su status social a dejar de ser aceptados aprobados constantes sentimientos de inseguridad de soledad de no ser suficientes de impotencia y de culpa y necesidades de apego

- 5 Los pensamientos rigidos de preocupacion como la catastrofizacion generalizacion maximizacion de errores y minimizacion de recursos de todo o nada de personalizacion inferencia arbitraria generan estados de ansiedad a niveles altos y muy altos Por el contrario pensamientos flexibles congruentes con la situacion real permiten la adaptacion del sujeto y un estado de tranquilidad reflejandose en niveles promedios bajos y muy bajos de ansiedad estado
- 6 Se pudo comprobar con significancia estadistica ($p \text{ value}=0.00$) que la Terapia de Grupo disminuye los niveles de ansiedad-estado La gran diferencia obtenida nos permite predecir que dicha intervencion es una alternativa viable para ser utilizada en pacientes con ansiedad especialmente porque el tratamiento tambien logro la reduccion del nivel de ansiedad-rasgo Para lograr la efectividad de la terapia se requiere realizar ocho (8) sesiones de 120 minutos cada una
- 7 Es necesario invertir en prevencion como profesionales de la salud mental debemos preocuparnos no solo de tratar y rehabilitar sino tambien de promover una cultura orientada a la salud y asi contribuir a una mejor salud publica Los participantes de este estudio enfatizaron en la necesidad de llevar programas terapeuticos a sus ambientes laborales como parte de una politica de salud

Capítulo V

CAPITULO V

RECOMENDACIONES

- 1 A la luz de los resultados consideramos pertinente realizar un nuevo estudio explicativo con un diseño experimental que permita validar los resultados aquí obtenidos para que puedan ser generalizados a la población
- 2 Basandonos en la gran diferencia estadísticamente significativa obtenida sugerimos emplear la terapia de grupo descrita en este estudio como una alternativa terapéutica en ambientes donde exista mayor demanda pocos profesionales o poco tiempo disponible para llevar a cabo una terapia individual
- 3 Se deben tomar acciones para mejorar las condiciones psicosociales alrededor de la labor del docente pues no solo se cuidara su salud emocional para lograr una mejor adaptación y desempeño en sus funciones sino también se contribuirá a un mejor desarrollo psicoemocional de sus alumnos futuros profesionales y padres de familia del país
- 4 También es importante enfatizar en el poder de la vinculación para elaborar conflictos y restaurar esquemas inadaptados de relación con uno mismo y con otros
- 5 Igualmente es necesario invertir en prevención para desarrollar una cultura de salud reforzando así nuestros niveles de intervención como psicólogos clínicos y contribuyendo a la salud pública nacional pues se ha evidenciado en diferentes estudios la asociación de la ansiedad a un sinnúmero de patologías orgánicas y como variable comorbida en diferentes trastornos mentales y en problemas relacionales

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Almonte C y Montt M (2012) *Psicopatología infantil y de la adolescencia* 2 Edición
Chile Editorial Mediterraneo Ltda
- Apsis (2016) *¿Mas ansiedad y depresión entre el profesorado?* España Centro de
psicología infantil y juvenil
- Barrios M (2005) *Manejo del estrés y la ansiedad en un grupo de pacientes
diabéticos* [Tesis de Maestría] Panamá Universidad de Panamá
- Baumann U y Perrez M (1994) *Manual de psicología Clínica* España Empresa
Editorial Herder S A
- Bellak L (1990) *T A T C A T y S A T uso clínico* 2ª Ed México El Manual Moderno
S A
- Benayon G (2015) *De mi ansiedad a tu felicidad* Panamá Grafica Laiglon (impreso
en Argentina)
- Bernal S y Sanchez Y (2007) *Estudio clínico experimental de los niveles de
ansiedad en los pacientes con cáncer ginecológico del Instituto Oncológico
Nacional por medio de la terapia cognitiva-conductual* [Tesis de licenciatura]
Panamá Universidad de Panamá
- Caballo V (2007) *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos
psicológicos Volumen 1* (1ª Reimpresión) España Siglo XXI Editores S A

Cañizales M (1987) *Estudio para validar una escala de ansiedad infantil* [Tesis de licenciatura] Panama Universidad de Panama

Centro de Estudios Especializados en Trastornos de Ansiedad Argentina Recuperado de www.ceeta.org

Cohen B (2006) *Psiquiatria teoria y practica* España Mc Graw-Hill Interamericana

De los Reyes G (2009) *Terapia de grupo para el manejo de la ansiedad en mujeres adolescentes que residen en el Hogar de Fatima en el Chorrillo* [Tesis de Maestria] Panama Universidad de Panama

De Obaldia N (2008) *Estudio correlativo de ansiedad rasgo-estado con el rendimiento deportivo pre competitivo y competitivo de una muestra de nadadores del equipo Beldagans Plus* [Tesis de licenciatura] Panama Universidad de Panama

Engler B (1996) *Introduccion a las teorias de la personalidad* 4 Ed Mexico McGraw Hill Interamericana Editores

Fragar R y Fadiman J (2009) *Teorias de la personalidad* 2° Ed (traduccion de la 4° en ingles) Mexico Alfaomega Group Editor

Gomez A (2009) *El stress del docente desde la perspectiva medico-laboral* España Consejeria de cultura educacion y ciencia

Halguin Richard y Whitbourne Sussan (2009) *Psicologia del comportamiento anormal perspectivas clinicas en los trastornos psicologicos* 5° Ed Mexico
Mc Graw Hill

Hernandez S R Fernandez C y Baptista P (2008) *Metodologia de la investigacion*
4° Ed Mexico Mc Graw Hill

Hernandez S R Fernandez C y Baptista P (2010) *Metodologia de la investigacion*
5° Ed Chile Mc Graw Hill

Hernandez E (2009) *Estudio descriptivo de las dimensiones del autoconcepto y la ansiedad estado-rasgo en una muestra de profesores que laboran en el Instituto Profesional y Tecnico de San Miguelito* [Tesis de licenciatura]
Panama Universidad de Panama

Jaen R (2000) *Un programa para reducir la ansiedad y la depresion en adultos una experiencia de grupo en la Policlinica del Seguro Social J J Vallarino* [Tesis de Maestria]
Panama Universidad de Panama

Kazdin A (2001) *Metodos de investigacion en psicologia clinica* 3°Ed Mexico
Prentice Hall Pearson Educacion de Mexico S A

Ley N 68 del 20 de noviembre del 2003 Que regula los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de informacion y de decision libre e informada
Republica de Panama

Martinez-Otero V (2003) *Estres y Ansiedad en los docentes* España Universidad Complutense de Madrid

Mas M (2014) *Estudio acerca del efecto de la terapia racional emotiva conductual sobre la ansiedad rasgo-estado en estudiantes de segundo año de la facultad de psicologia del Campus Harmodio Arias Madrid de la Universidad de Panama* [Tesis de licenciatura] Panama Universidad de Panama

Ministerio de Salud (2015) *Politica nacional de salud y lineamientos estrategicos 2016-2025* Republica de Panama

Ministerio de Salud (2017) *Boletin estadistico Anuario 2016* Panama Direccion de planificacion

Moschos E (1995) *Evaluacion de los niveles de ansiedad de la tripulacion de aerolineas* [Tesis de licenciatura] Panama Universidad de Panama

Naisa Seguridad Laboral (2016) *Profesores nesgo de depresion y ansiedad* España [revista electronica] Recuperado de <https://naisa.es/blog/profesores-riesgo-de-depresion-y-ansiedad/>

Ormrod J (2007) *Aprendizaje humano* 4° Ed España Pearson Prentice Hall

Papalia D (2005) *Desarrollo humano* 9° Ed Mexico Mc Graw Hill

Phares E J (1996) *Psicologia Clinica conceptos metodos y practica* Mexico Manual Moderno S A

Pinzon Y (2011) *Programa de intervencion grupal cognitiva-conductual para mejorar la adherencia al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Vih y Sida* [Tesis de Maestria] Panama Universidad de Panama

- Quezada M (1997) *Estudio descriptivo de los niveles de ansiedad estado- rasgo en 11 mujeres primigestas con una relacion marital estables y 7 mujeres primigestas sin una relacion marital estable a traves de la prueba de ansiedad de Spielberger* [Tesis de licenciatura] Panama Universidad de Panama
- Reis F Castañeda C Campos M y Del Castillo O (2012) *Relaciones entre ansiedad -rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas* España *Revista Scielo* (12) [version electronica] ISSN 1989-5879 Recuperado de www.scielo.es/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1578-84232012000200002#bajo
- Reynolds C y Richmond B (2011) *Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada* Mexico El Manual Moderno
- Robles H y Peralta M (2010) *Programa para el control del estres* España Piramide
- Rodriguez J (2015) *Estudio descriptivo de la ansiedad rasgo-estado y los habitos de estudio en una muestra de estudiantes de la facultad de psicologia de primer año diurno (matutino y vespertino) de la Universidad de Panama* [Tesis de licenciatura] Panama Universidad de Panama
- Rodriguez P (2008) *Ansiedad y sobreactivacion* España Editorial Desclee de Brouwer S A
- Samaniego D (2014) *Estudio explicativo de la efectividad que tiene un programa de entrenamiento en el uso de las estrategias mnemotecnicas y un programa de*

entrenamiento en el uso del control de la comprension sobre la recuperacion de la informacion [Tesis de licenciatura] Panama Universidad de Panama

Sarason I y Sarason B (1996) *Psicologia anormal el problema de la conducta inadaptada* 7° Ed Mexico Prentice Hall Hispanoamericana S A

Schaefer Ch (2005) *Terapia de juego con adultos* Mexico Editorial El Manual Moderno S A

Serna C (2012) *Psiquiatria con Cindy Serna* Panama [revista electronica]
Recuperado de [https //sites google com/site/psiquiatraporcindyserna/home](https://sites.google.com/site/psiquiatraporcindyserna/home)

Sistema Educativo Nacional de Panama (2002) *El personal docente* Panama
Ministerio de Educacion y Organizacion de Estados Iberoamericanos para la educacion la ciencia y la cultura

Slaikew K (2000) *Intervencion en crisis manual para practica e investigacion* 2 edicion Mexico Editorial El Manual Moderno

Solorzano M (2015) *Nivel de ansiedad que existen en las docentes de educacion primaria que laboran en un colegio privado de la zona 11 capitalina* [Tesis de Licenciatura] Guatemala Universidad Rafael Landiva

Spielberger Ch (1980) *Tension y ansiedad* Mexico Harla S A

Spielberger Ch Martinez Urrutia A Gonzalez-Reigosa F Natalicio L y Diaz Guerrero R (1975) *Inventario de Ansiedad-rasgo/ Estado version en español* Mexico Editorial El Manual Moderno S A

- Trull T y Phares E J (2003) *Psicología clinica conceptos metodos y aspectos practicos de la profesion* 6ª Edicion Editorial Thomson
- Urbano A (2014) *Ansiedad entre los docentes* España Centro Psicologico Recursos
- Urbano A (2016) *Ansiedad y estres X congreso de la sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estres* España Centro Psicologico Recursos
- Ureña K (2010) *Intervencion cognitiva-conductual en un grupo de pacientes policonsumidores internos en el programa de rehabilitacion de Hogares Crea de Chilibre tendiente a mejorar el control y la expresion de la ira* [Tesis de maestria en psicologia clinica] Universidad de Panama Facultad de Psicologia Panama
- Vadala M (2013) *El desgaste mental en los docentes* [Tesis de licenciatura] Argentina Universidad Abierta Interamericana
- Valderrama G (2011) *Estadísticas aplicadas en psicologia ciencias sociales y educacion* Panama
- Vielmann Hotta S (1997) *Investigacion profilactica de la ansiedad rasgo estado en estudiantes de estudios generales* [Tesis de licenciatura] Panama Universidad de Panama
- Ziziesmsky D y otros (1971) *Metodos de investigacion en psicologia y psicopatologia* Argentina Ediciones Nueva Vision

Apéndice

Consentimiento Informado

Estimado Docente por medio de la presente deseo invitarle a participar en el estudio ***TERAPIA DE GRUPO ORIENTADA COGNITIVA-CONDUCTUALMENTE, SOBRE LA ANSIEDAD-ESTADO DE DOCENTES DE LA REGION DE PANAMA OESTE*** Usted ha sido preseleccionado por cumplir con los criterios de inclusion El objetivo de esta investigacion es poder valorar la influencia que tiene un programa de intervencion grupal orientada cognitiva conductualmente en la disminucion del nivel de ansiedad estado en docentes

Procedimiento del estudio

~Si usted decide participar requerimos realizarle una entrevista clinica y que responda a una prueba psicologica esto tomara un tiempo maximo de 2 horas y se realizara en un lugar aislado y seguro

~Posteriormente le solicitaremos que participe de una Terapia de Grupo la cual consiste en ocho (8) sesiones con una duracion de dos (2) horas cada una en donde se aplicaran diferentes medios psicologicos para disminuir el nivel de ansiedad estado experimentado Este grupo terapeutico lo integraran otros docentes que al igual que usted aceptaron participar del estudio Se llevara a cabo en un salon privado

Beneficios

No existe un beneficio material por su participacion Sin embargo este espacio de apertura individual y grupal puede proveerle una oportunidad de ser escuchado y de escuchar a otras personas en su misma situacion lo cual le ayudara a validar sus emociones y pensamientos que sumado a las tecnicas psicologicas empleadas favorecera la disminucion del nivel de ansiedad estado experimentado el cual actualmente puede estar limitando su optimo desempeno en sus funciones diarias

Riesgos

No se esperan mayores riesgos que los usuales al asistir a una consulta clinica De identificarse alguna situacion particular se le referira al especialista indicado para su atencion Toda informacion personal que lo (a) pueda identificar guarda un caracter ***Confidencial*** que sera

exigida también a las personas que tengan contacto con usted (p.ej. al resto de los participantes a través de un contrato psicológico). En los resultados de la investigación solo se plasmarán datos generales del grupo o particulares a través de un apodo. La información personal se le solicitará únicamente para promover un contacto personalizado con usted. Recuerde que esta amparado por la Ley N° 3 del 5 de enero de 2000, Ley N°68 del 20 de noviembre del 2003, la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y el Código de Ética de los psicólogos panameños.

Derecho como participante

Usted tendrá la libertad de renunciar al estudio si lo considera necesario sin repercusión alguna. Si tiene consultas, quejas o dudas sobre sus derechos como participante, puede contactar a la investigadora Damaris Samaniego al teléfono 6397 6332 o al correo electrónico djsqpsiclor@gmail.com. Al culminar toda la investigación, reconoceremos su participación con un brindis.

Con base a lo antes descrito, ¿Usted se compromete a asistir puntualmente, a ser honesto(a) y a participar activamente durante las sesiones?

☐

Si

☐

No

Nombre del Participante

Firma del Participante

Contacto

Firma de la Investigadora

Fecha

GUIA DE SESIONES

TERAPIA DE GRUPO PARA DISMINUIR EL NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO

Sesion 1

Duracion 120 minutos

- Objetivos
- 1 Establecer la alianza terapeutica con los integrantes y fomentar la cohesion grupal
 - 2 Conocer los conceptos Ansiedad Estado estímulos ansiogenos valoracion cognitiva factores predisponentes recursos protectores estrategias de afrontamiento
 - 3 Internalizar la dinamica que produce un estado de ansiedad

Objetivo Terminal Al finalizar la sesion el docente sera capaz de definir los conceptos ansiedad estado estímulos ansiogenos valoracion cognitiva factores predisponentes recursos protectores estrategias de afrontamiento e internalizaran la dinamica que produce ansiedad

- Contenidos
- 1 La Telarana
 - 2 ¿Que es la Ansiedad Estado?
 - a ¿Como se origina?
 - b Diferencias individuales valoracion cognitiva factores predisponentes y protectores
 - c Estrategias de Afrontamiento
 - 3 Aterrizando a la realidad
 - a Una puesta en escena
 - b Psicodrama juego de roles

Materiales Computadora proyector lana tablero marcador hojas blancas 8 ½ x 11 lapices de escribir una bolsa pequena titeres

Procedimiento

Inicio (5 min) Bienvenida

- Medio (113 min)
- 1 (30) Cada integrante se presentara expresando su nombre su especialidad el lugar donde trabaja su gusto maspreciado lo que mas le resulta dificil y cualquier otra informacion relevante que desee compartir Al finalizar uno por uno se identificara con otro miembro del grupo mediante el paso de una lana cuando todos lo hayan hecho se observara que se formo una telarana y se reflexionara sobre su significado por ejemplo la importancia del rol de cada uno dentro del grupo terapeutico
 - 2 (8) Se realizara en conjunto las normas de convivencia y el contrato psicologico entre los integrantes

- 3 (40) Por medio de una exposicion dialogada utilizando recursos multimedia se definiran los conceptos claves para entender la ansiedad-estado
- 4 (20) En los primeros 10 minutos formaran dos grupos para elaborar de forma ludica (por medio de titeres sociodrama poesia etc) una explicacion sobre la ansiedad-estado que incluya lo aprendido con anterioridad Luego cada grupo tendra 5 minutos para presentar su elaboracion
- 5 (15) En los primeros 10 minutos de forma aleatoria se les asignara un rol relacionado con la dinamica de la ansiedad-estado que deberan representar durante el psicodrama deberan estar conscientes de las emociones que evocan sus pensamientos y sus conductas En los siguientes 5 minutos se compartira la vivencia

Cierre (2 min) Resumen de lo desarrollado en la sesion y dinamica final

Observaciones

Sesion 2

Duracion 120 minutos

Objetivos 1 Identificar los estmulos ansiogenos senales de ansiedad y estrategias de afrontamiento de cada integrante

2 Aprender tecnicas de relajacion Parte I

Objetivo Terminal Al finalizar la sesion el docente sera capaz de identificar los estmulos que le producen ansiedad las senales de ansiedad que experimentan y las estrategias que movilizan para hacerles frente Tambien seran capaces de emplear tecnicas de relajacion

Contenidos 1 Conectandonos Lstimulos senales reacciones

2 Tecnicas de Relajacion Parte I

a La Respiracion Diafragmatica

a 1 Eficacia

a 2 Estilos

a 2 1 Respiracion diafragmatica tradicional

a 2 2 Respiracion diafragmatica con ayuda de figura geometrica

a 2 3 Respiracion alternada

Materiales Computadora proyector tablero marcador hojas blancas 8 ½" x 11" lapices de colores y de escribir bocina musica instrumental documento escrito

Procedimiento

Inicio (10 min) Dinamica "Adivina mi nombre" Retroalimentacion de la sesion anterior

Medio (100 min) 1 (45) A traves de la tecnica "actuar como si " 3 integrantes representaran una situacion de ansiedad reflejando 3 emociones primarias diferentes (temor enojo tristeza) El resto de los integrantes prestaran atencion a lo que observan y a lo que les genera la representacion tomando conciencia de sus formas de reaccionar Se reflexionara sobre la experiencia

Posteriormente en circulo a traves de una plenaria compartiran los eventos acaecidos que han interpretado como ansiogenos y la forma en que han intentado afrontarlos por medio de la retroalimentacion empatica grupal exploraran las estrategias que han sido efectivas explotando sus recursos protectores Prestaran especial atencion a las senales cognitivas emocionales y conductuales de la activacion ansiosa

2 (55) a En los primeros 25 minutos se les solicitara a los integrantes respirar de forma rapida y con la caja toracica (simulando una hiperventilacion) llevandolos a que tomen conciencia de sus sensaciones Luego se les modelara la forma diafragmatica de respirar para que lo ensayen y nuevamente tomen conciencia de sus sensaciones Posteriormente se les instara a contrastar ambas formas de respirar permitiendoles darse cuenta de la importancia que tiene la respiracion diafragmatica por su eficacia para generar un estado de relajacion y su contraposicion a la ansiedad (base del contra condicionamiento) Se continuara ensayando la tecnica

b Durante los proximos 15 minutos se reforzara el ritmo para realizar la respiracion diafragmatica de manera que se garantice el estado de relajacion el ritmo apropiado se lograra con la ayuda de una estrella de 5 puntas

c Durante 15 minutos se modelara la tecnica de respiracion alternada y los integrantes la ensayaran hasta dominarla Se reflexionara sobre la experiencia

Cierre (10 min) Dinamica de cierre colorear Mandalas Asignacion de tarea ensayar las tecnicas aprendidas en situaciones sencillas

Observaciones

Sesion 3

Duracion 120 minutos

Objetivo Aprender tecnicas de relajacion Parte II

Objetivo Terminal Al finalizar la sesion el docente sera capaz de emplear tecnicas de relajacion

Contenidos 1 Tecnica de Imagineria Mi lugar seguro
2 Relajacion Progresiva de Jacobson

Materiales bocina musica instrumental documento escrito

Procedimiento

Inicio (10 min) Retroalimentacion de la sesion anterior discusion de la asignacion

Medio (95 min) 1 (20) Se aplicara a los integrantes la tecnica de Mi lugar seguro es importante enfatizarles la elaboracion de la imagen lo mas vivida posible (se les sugeri que sea un evento real ya ocurrido donde hayan experimentado calma y tranquilidad)
Al finalizar se compartira la vivencia

2 (75) Se aplicara la Relajacion progresiva de Jacobson Finalizado el ensayo se reflexionara sobre sus sensaciones los musculos que fueron mas dificiles de relajar y su asociacion con el lugar donde se refleja su ansiedad para poder enfocarse mas en ellos

Cierre (15 min) Dinamica Zumba Asignacion de tarea continuar ensayando las tecnicas aprendidas en situaciones que generan ansiedad leve a moderada

Observaciones

Sesion 4

Duracion 120 minutos

Objetivo Aprender tecnicas de Reestructuracion Cognitiva Parte I

Objetivo Terminal Al finalizar la sesion el docente sera capaz de identificar sus situaciones ansiogenas los pensamientos ansiogenos y sus reacciones logrando jerarquizar las situaciones determinar la intensidad de la reaccion y elaborar pensamientos preferenciales alternos a los pensamientos ansiogenos

Contenidos 1 La Jerarquia de la Ansiedad
2 ABC de Llis

Materiales Computadora proyector tablero marcador hojas blancas 8 ½" x 11" lapiccs de escribir

Procedimiento

Inicio (10 min) Dinamica de Animacion Discusion de la asignacion

Medio (105 min) 1 (15) Se explicara la relevancia del pensamiento como precursor de las reacciones emocionales y conductuales debilitando la creencia que son las situaciones las que las generan directamente Se enfatizaran sobre pensamientos de catastrofizacion dicotomia inferencia arbitraria maximizacion minimizacion y generalizacion Se utilizara apoyo multimedia para fomentar la nueva perspectiva a traves de la reflexion

2 (40) Se les explicara a los integrantes la tecnica de la jerarquia de la ansiedad para que cada una elabore la suya de mayor a menor intensidad (en una escala del 1 al 10 siendo 10 lo maximo) Posteriormente completaran el esquema con los pensamientos y las reacciones para cada una de las situaciones identificadas Se supervisara a cada integrante para facilitar el proceso garantizando que cada parte del esquema sea significativo

3 (50) Se les modelara como elaborar un pensamiento preferencial que contrarreste el pensamiento ansiogeno Por aproximaciones sucesivas iran elaborando un pensamiento preferencial adaptativo a cada pensamiento ansiogeno con ayuda de un companero (bina) y con la supervision de la terapeuta Posteriormente se reflexionara sobre el cambio en las reacciones emocionales (disminucion o eliminacion) y conductuales Se exhortara al uso de autoinstrucciones

Cierre (5 min) Sintesis de lo trabajado durante la sesion Asignacion de tarea continuar con los ensayos de las tecnicas aprendidas en situaciones de ansiedad moderada moderada alta

Observaciones

Sesion 5

Duracion 120 minutos

Objetivos Objetivo Aprender tecnicas de Reestructuracion Cognitiva Parte II

Objetivo Terminal Al finalizar la sesion el docente afianzara la capacidad de elaboracion de pensamientos preferenciales/adaptativos para contrarrestar los pensamientos negativos. Ademàs sera capaz de determinar los recursos protectores que posee para hacerle frente a los estímulos ansiógenos.

Contenidos 1 Imagen Racional Emotiva (IRE)
2 Estímulos ansiógenos vs factores protectores

Materiales Computadora, proyector, tablero, marcador, hojas blancas 8 1/2 x 11", lápices de escribir, bocina, música instrumental.

Procedimiento

Inicio (5 min) Retroalimentación de la sesión anterior, discusión de la asignación.

Medio (105 min) 1 (65) Primero trabajarán en grupo de 2 para compartir una situación que les genere ansiedad en un grado 7 a 8 y cotejarán si la situación es semejante a la de su compañero. Se ayudarán a elaborar un pensamiento preferencial contra el pensamiento ansiógeno asociado a la situación. Luego se explicará la técnica y se cuidará el estado emocional de cada integrante; se les enfatizará que si alguien se siente incomodo, alce la mano para prestarle el acompañamiento correspondiente. Se procederá a la aplicación de la técnica [situación vivida, emoción experimentada y su intensidad → situación vivida, inclusión de pensamiento preferencial (en su mente, susurro, voz alta), intensidad de la emoción antes mencionada]. Una vez finalizada, se compartirá la experiencia.

2 (40) a En los primeros 20 minutos cada integrante elaborará una lista de estímulos ansiógenos y los asociará a los recursos protectores que posee; así, de forma gráfica-concreta, podrán darse cuenta de los recursos que poseen para hacerle frente a las demandas ambientales.

b En los siguientes 20 minutos, a través de una plenaria, compartirán sus elaboraciones y se retroalimentarán entre sí, identificando los pensamientos ansiógenos que subyacen a su reacción y sugiriendo otros recursos que han observado en sus compañeros.

Cierre (10 min) Resumen de lo desarrollado en la sesión y los avances percibidos. Asignación de Reto: practicar las autoinstrucciones de sus pensamientos preferenciales en el transcurso del día [desde esta sesión se iniciará el trabajo para la separación].

Observaciones

Sesion 6

Duracion 120 minutos

- Objetivos 1 Fomentar la Asertividad y la habilidad de organizacion
2 Entender la ansiedad infantil y aprender tecnicas para su manejo

Objetivo Terminal Al finalizar la sesion el docente sera capaz de definir y dominar el constructo asertividad de priorizar sus actividades diarias para conservar equilibrio y ser productivo y de explicar como se manifiesta la ansiedad en ninos y jovenes esbozando formas de manejarla

- Contenidos 1 La Asertividad
a Definicion
b Aplicacion y contraposicion con los estilos agresivo y pasivo
2 ¡Organizandonos!
3 Ansiedad en Ninos y Adolescentes
a Manifestaciones comunes
b Motivaciones
c Tecnicas para su manejo

Materiales Computadora proyector tablero marcador hojas blancas 8 1/2" x 11 lapices de escribir documento escrito

Procedimiento

Inicio (8 min) Dinamica ¡Conectandonos! Compartir del reto

Medio (110 min) 1 (60) Sentados en circulo se reflexionara sobre la asertividad que es los beneficios de usarla para la salud fisica y mental por que es tan dificil muchas veces ponerla en practica emergiendo pensamientos emociones y temores que determinan el predominio de uno u otro estilo cognitivo para luego contrastarlos Se reflexionara y compartura sobre cada derecho asertivo especialmente el poder decir no

Posteriormente formaran 3 grupos de 4 para presentar a traves de un juego de roles una tematica de ansiedad compartida en sesiones pasadas pero esta vez manejada desde la asertividad seran consciente de los cambios en las emociones pensamientos y resultados

2 (50) Mediante una exposicion dialogada se conversara sobre la ansiedad en los ninos y adolescentes sus principales causas signos sugriendo al docente a que se oriente en su salon de clases y pueda ir asociando lo observado con lo que se explica tomando consciencia de como sus propias acciones influyen en los estados de los ninos y viceversa Se ensayaran maneras de poder transmitirle a los ninos y adolescentes el significado de ansiedad para poder entenderla y manejarla

Entre todos y con base a lo trabajado en sesiones anteriores elaboraran estrategias para manejar la ansiedad en sus aulas de clases y las compartiran a traves de la accion

Cierre (2 min) Asignacion de Reto darse un tiempo durante el dia para si mismos [Se continuara el trabajo de la separacion]

Observaciones

Sesion 7

Duracion 120 minutos

Objetivo Realizar prevencion de recaida

Objetivo Terminal Al finalizar la sesion el docente entendera sin temor que las recaidas son parte del proceso y aprendera formas para hacerle frente

Contenido Prevencion de recaidas

Materiales Computadora proyector bocina Pelicula Dos dias una noche

Procedimiento

Inicio (8 min) Discusion del reto asignado

Medio (110 min) Se proyectara la pelicula *Dos dias una noche* cuyo contenido hace referencia a lo trabajado durante las sesiones y permitira un analisis empatico de la situacion y la extrapolacion a sus vidas diarias En la reflexion de la pelicula se abordara el tema de las recaidas y como enfrentarlas Se conclura el trabajo del tema de la separacion

Cierre (2 min) Resumen de la sesion

Observaciones

Sesion 8

Duracion 120 minutos

Objetivos 1 Sintetizar el contenido del proceso terapeutico y afianzar los logros alcanzados durante las sesiones

2 Valorar cualitativamente el proceso terapeutico

Objetivo Terminal Al finalizar la sesion el docente clarificara los constructos y tecnicas aprendidas utilizandolas por iniciativa propia Se hara consciente de los cambios internos acaecidos a raz de la intervencion contrastando el antes el durante y lo que sera de ahora en adelante

Contenidos 1 Sintesis sobre la ansiedad-estado y las tecnicas para su manejo

2 Dinamica de evaluacion cualitativa

Materiales Computadora proyector tablero marcador hojas blancas 8 ½ x 11" lapiceros de escribir

Procedimiento

Inicio (15 min) Dinamica Ludica

Medio (100 min) 1 (60) Sintesis sobre la ansiedad-estado y las tecnicas para su manejo enfatizando al pensamiento como factor clave dentro de la dinamica Tambien de resaltara la importancia del vinculo para la co regulacion emocional

2 (40) Se procedera a la evaluacion cualitativa a traves de la dinamica Antes Durante y Despues en la misma cada integrante debera pasar por tres momentos (3 sillas) compartiendo sus pensamientos emociones reacciones expectativas etc antes de llegar al grupo terapeutico (hasta cuando solicitaron participar del estudio) durante el proceso terapeutico (las 8 sesiones) y despues (sus expectativas anhelos compromisos al finalizar terapia)

Cierre (5 min) Cierre del Periodo de Entrenamiento Reflexion final

Observaciones